
Bachelor ARBEIT

Frau
Lisa-Marie Mahr

**Wer organisiert das Altern?
Neue Studien(gänge) „Aging
Management“ als Antwort auf
den demographischen
Wandel.**

Mittweida, 2013

Bachelor ARBEIT

Wer organisiert das Altern? Neue Studien(gänge) „Aging Management“ als Antwort auf den demographischen Wandel.

Autor:
Frau Lisa-Marie Mahr

Studiengang:
Betriebswirtschaft

Seminargruppe:
BW09w2BHA

Erstprüfer:
Herr Prof. Dr. Johannes N. Stelling

Zweitprüfer:
Herr Prof. Dr. Andreas Hollidt

Einreichung:
Wien, 14.08.2013

Verteidigung/Bewertung:
Mittweida, 2013

Bachelor THESIS

Who is going to manage an aging society? New study courses "aging management" in response to demographic change.

author:

Ms. Lisa-Marie Mahr

course of studies:

Business Management

seminar group:

BW09w2BHA

first examiner:

Prof. Dr. Johannes N. Stelling

second examiner:

Prof. Dr. Andreas Hollidt

submission:

Wien, 14.08.2013

defence/ evaluation:

Mittweida, 2013

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt und durch meine Unterschrift, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, ohne fremde Hilfe angefertigt worden ist. Inhalte und Passagen, die aus fremden Quellen stammen und direkt oder indirekt übernommen worden sind, wurden als solche kenntlich gemacht. Ferner versichere ich, dass ich keine andere, außer der im Literaturverzeichnis angegebenen Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich sowohl auf Textinhalte sowie alle enthaltenden Abbildungen, Skizzen und Tabellen. Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Stadt, Datum _____

Unterschrift (eigenhändig zu ergänzen): _____

Bibliografische Beschreibung:

Mahr, Lisa-Marie:

Wer organisiert das Altern? Neue Studien(gänge) „Aging Management“ als Antwort auf den demographischen Wandel. 2013. 3, 55, 1 S. Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Hochschule Mittweida University of applied Sciences, Bachelor-Arbeit, 2013

Referat:

Der demographische Wandel unserer Gesellschaft und der daraus resultierenden höhere Bedarf an Altenpflege und –betreuung lässt neue Bedürfnisse und Berufsbilder in der Alten(-ers)pflege entstehen, für die auch neue Studien und Ausbildungswege geschaffen werden.

In dieser Arbeit werden einige der neuen Studiengänge die in Deutschland und Österreich angeboten werden, im sozialen und gesellschaftlichen Kontext genauer beleuchtet.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGS- & TABELLENVERZEICHNIS.....	III
1. VORWORT	1
2. DEMOGRAPHISCHE UND SOZIOKULTURELLE ENTWICKLUNGEN	2
2.1 Allgemeines	2
2.1.1 Demografische Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts.....	2
2.1.2 Veränderungen am Arbeitsmarkt	6
2.1.3 Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung	7
2.1.4 Ansteigen der Pflegebedürftigkeit	9
2.2 Psychologische und soziologische Aspekte des Alterns	11
2.2.1 Sprache / Kognition – Demenz	11
2.2.2 Stimmung – Depression	11
2.2.3 Alterungsmodelle (z. B. Defizitmodell, Disuse-Modell)	12
2.2.4 Altern & Arbeit	12
2.3 Weitere Aspekte des demographischen Wandels	13
2.3.1 Zunehmendes Gesundheitsinteresse und Gesundheitstourismus.....	13
2.3.2 Kaufkraft der älteren Generation	16
2.3.3 Mobilitätsverhalten und Verkehrsnachfrage	17
2.4 Veränderungen und Umstrukturierungen im Gesundheits- und Sozialsystem	18
2.4.1 Beschäftigte Personen	19
2.4.2 Technologie-Entwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen.....	24
2.5 Finanzierung	25
2.5.1 Sozialausgaben.....	25
2.5.2 Finanzbedarf	26
2.5.3 Varianten der Finanzierung	27
2.6 Resümee	28
3. AGING MANAGEMENT	31
3.1 Notwendige Qualifikationen im Aging Management.....	31
3.2 Berufliche Positionen und Funktionen im Aging Management	33
4. ZIELGRUPPEN DER AUSBILDUNG AGING MANAGEMENT	35
4.1 Zielgruppen - B2C	35
4.1.1 Kernzielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige am Gesundheits- und Sozialmarkt, die eine akademische Ausbildung anstreben	35
4.1.2 Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige, welche methodische, konzeptionelle und praktische Fertigkeiten im Bereich „Aging“ benötigen, weil sie bislang in einem anderen Bereich tätig waren.....	35

4.1.3	Zielgruppe – Unselbstständige Erwerbstätige, welche sich ev. Selbstständig machen wollen und/oder zusätzliche Schlüsselqualifikationen erwerben möchten	36
4.1.4	Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige, welche im gleichen Bereich beschäftigt sein wollen, aber nicht mehr „am“ sondern „mit“ und „für“ den Menschen arbeiten wollen	36
4.1.5	Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige aus dem Wellness- und Seniorentourismus	36
4.1.6	Eher keine Zielgruppe – MaturantInnen	37
4.2	Zielgruppen - B2B	37
4.2.1	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherungsträger, etc.	37
4.2.2	Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des öffentlichen Bereichs des Gesundheitswesens	38
4.2.3	Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des privaten und Nonprofit Bereichs des Gesundheitswesens	38
4.2.4	Im Gesundheits- und Seniorenbereich tätige Unternehmen	39
4.2.5	Wellness- und Tourismusbranche	39
5.	AUSBILDUNGSANGEBOTE	41
5.1	Qualifikations- und Kompetenzprofile	41
5.2	Aufbau eines „typischen“ Aging Management-Studiums	42
5.2.1	Betriebswirtschaft	43
5.2.2	Public Health Management	43
5.2.3	Management & Social Competence	43
5.2.4	Vertiefung „Aging Management“	44
5.2.5	Vertiefung „E-Health & Gerontotechnologie“	44
5.2.6	Zusammenfassung der Ausbildung	45
5.3	Studien(gänge) in Deutschland	46
5.3.1	Studienangebot „Gerontologie“ an deutschen Hochschulen	46
5.3.2	„Gerontologie“ an der Uni Vechta	47
5.3.3	„Dienstleistungsmanagement“ an der Uni Vechta	49
5.3.4	Berufsbegleitende Weiterbildung "Alternde Gesellschaft" (ZudA)	49
5.4	Bestehende Studien(gänge) in Österreich	51
5.4.1	Detailliertere Betrachtung der bestehenden Angebote in Österreich	52
5.5	Geplanter Studiengng „Aging Management“ in Österreich	53
5.5.1	Ankündigung eines neuen Studienganges der F.Porsche FernFH	53
5.5.2	Studienkonzept des Studienganges	54
5.5.3	Aktueller Status	55
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	56
	ANHANG 1: LITERATURVERZEICHNIS	57

Abbildungs- & Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Alterspyramide in Deutschland: 1990 - 2010 – 2030	4
Abbildung 2: Von der 3-phasigen zur 5-phasigen Biographie	7
Abbildung 3: Zukünftige Urlaubstrends	15
Abbildung 4: Zahl der unselbstständig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen	20
Abbildung 5: Sozialausgaben 1990 - 2008	25
Abbildung 6: Hochrechnung Sozialausgaben.....	26
Tabelle 1: Entwicklung der Jahresdurchschnittsbevölkerung Österreichs nach Altersgruppen, 1981- 2009	5
Tabelle 2: Prognose Bevölkerungsstruktur für Österreich 2010 bis 2050 im prozentuellen Verhältnis	5
Tabelle 3: Unselbstständig Erwerbstätige in Österreich 2004 – 2009, ÖNACE 2008	21

1. Vorwort

Der Anteil der Menschen über 60 Jahren wächst als Folge von längeren Lebenserwartung sowie sinkenden Geburtenraten schneller als jede andere Altersgruppe. Dieser demographische Wandel ist eine Herausforderungen an die Gesellschaft, ihre Strukturen derart anzupassen, dass die Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterer Menschen sowie deren gesellschaftliche Teilhabe und Sicherheit maximiert wird.

Der Anstieg an Sozialausgaben für eine alternde Gesellschaft steht ebenfalls für neue Herausforderungen, die Vorbereitung und Gestaltung erfordern sowie neue Berufsbilder entstehen lassen. So lässt sich ein unmittelbarer, hoher Bedarf an Gesundheits- und Sozialberufen, sozialen Einrichtungen und Institutionen der öffentlichen Hand feststellen. Dies beeinflusst wiederum die steigende Nachfrage nach ExpertInnen, die in altersspezifischen Fragestellungen herangezogen und mit Managementaufgaben der erwähnten Institutionen betraut werden und die ein besonderes Verständnis für ältere Menschen mit sich bringen und alter(n)spezifisches Fachwissen vorweisen können.

Zugleich wird es immer wichtiger, nach effizienten betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu haushalten. Durch die professionelle Führung von ExpertInnen, die auch betriebswirtschaftliche Aspekte in ihre Lösungsvorschläge mit einbeziehen ohne die sozialen Eckpunkte zu vernachlässigen, können neue Chancen und Möglichkeiten zur betriebswirtschaftlichen Unternehmensführung aufgezeigt werden.

2. Demographische und soziokulturelle Entwicklungen

2.1 Allgemeines

Der Prozess der demografischen Alterung stellt die Gesellschaft insgesamt vor neue Herausforderungen. Der Ruhestand hat längst seinen Charakter als „Restzeit“, die es irgendwie zu durchleben gilt, verloren, und ist zu einer eigenständigen Lebensphase geworden, die der Vorbereitung und Gestaltung bedarf. Die Älteren erreichen den Ruhestand im Durchschnitt in immer besseren Qualifikationen und – zumindest bislang – mit einer besseren materiellen Absicherung als frühere Generationen, d. h. die individuellen Ressourcen und Kompetenzen für eine aktive Gestaltung der Lebensphase Alter nehmen erheblich zu.

„Der demografische Wandel gehört zu den großen Herausforderungen der modernen Industriegesellschaft. Ein selbstständiges, selbstbestimmtes und lebenswertes Leben im Alter zu ermöglichen, in Gesundheit und sozialer Integration, ist eines der zentralen gesellschaftlichen Ziele, die es zu erreichen gibt.“¹

2.1.1 Demografische Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts

Die demografische Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts zeichnet sich durch einen Bevölkerungsanstieg aus, der u. a. durch eine hohe Geburtenrate und den medizinischen Fortschritt bedingt war. Jedoch hat sich diese Phase des Wachstums mit Beginn des neuen Jahrtausends in einen Bevölkerungsrückgang gewandelt.

Als direkte Auswirkung der demografischen Veränderungen ist sowohl die prozentuell gesehen rückläufige Erwerbstätigenzahl als auch die Überalterung der Gesellschaft zu beobachten, welche zur Folge hat, dass im Jahr 2030 etwa ein Drittel der Bevölkerung Europas über 60 Jahre alt sein wird.

¹ Kirste, Thomas: In: Forschungsmagazin der Universität Rostock, „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, Artikel: „Modelle gelinden Alterns“ S. 5

„In Europa beträgt der Altenquotient derzeit 0,35, d.h. 100 Menschen im Erwerbsalter stehen 35 Personen im Rentenalter gegenüber. Bis zum Jahr 2050 wird sich diese Quote auf 0,75 erhöhen, d.h. mehr als verdoppeln..“²

Die Bevölkerungsstruktur wird sich in den nächsten Jahrzehnten signifikant verändern. Der Anteil der Gesamtbevölkerung im erwerbsfähigen Alter sinkt stetig. Die Altersgruppe der über 60-jährigen von wird von knapp 22 % im Jahr 2005 auf etwa 34 % im Jahr 2050 ansteigen. Die Lebenserwartung wird sowohl bei Frauen als auch bei Männern ansteigen. Durch die längere Lebenszeit verändert sich auch die „biographische Architektur“ des Menschen und führt zu zusätzlichen neuen Lebensphasen, die andere Unterstützungs-, Betreuungs- und auch Pflegeformen benötigen als diejenigen, die bereits bekannt sind.

Die Bevölkerungspyramide ist längst keine Pyramide mehr sondern ähnelt eher einer Kugel. Es gibt vergleichsweise wenig Kinder und Jugendliche. Die Bevölkerung mittleren Alters ist die Mehrheit und formt den dicken Mittelbau. Nach oben hin nimmt die Zahl der Älteren naturgemäß ab, aber dank besserer Gesundheitsversorgung wesentlich langsamer als früher. In den kommenden Jahrzehnten wird sich die „Pyramide“ weiter verändern. Der Wulst, den heute die Erwachsenen um 40 Jahre bilden, wandert systematisch nach oben. Die Pyramide wird einen „Kopfstand“ machen.³

Für diese Entwicklung sind 3 wesentliche Gründe verantwortlich:

- Die Geburtenraten gingen zwischen 1960 und 1980 kontinuierlich zurück.
- Die Lebenserwartung stieg und steigt stetig.
- Die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1950 und 1960 erreichen allmählich das Rentenalter.

² Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research „Die demografische Herausforderung - Demographie Spezial, Frankfurt am Main 18.07.2013, S. 9

³ Vgl. Vaupel, James W.: Ausblick auf eine alternde Gesellschaft, In: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, S. 37

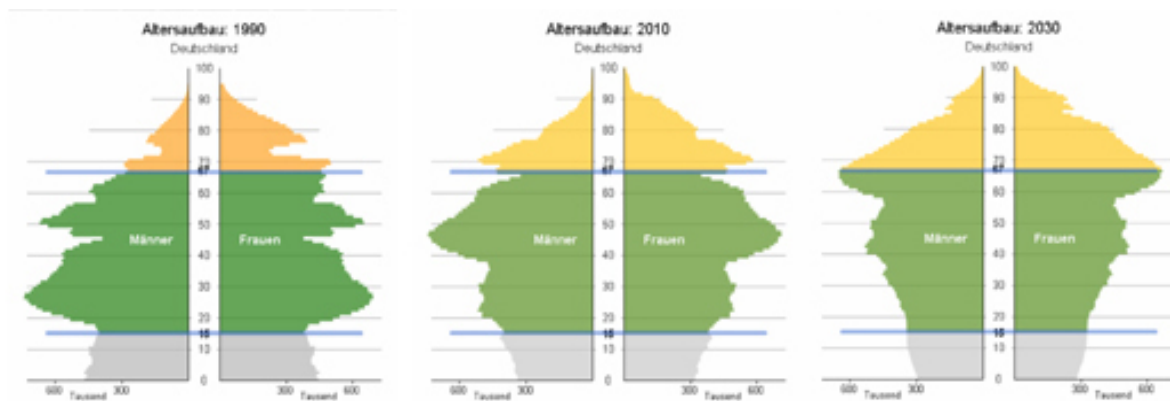


Abbildung 1: Alterspyramide in Deutschland: 1990 - 2010 – 2030 ⁴

Die demografische Entwicklung nach der Statistik Austria (November 2007) bedingt eine Zunahme der Bevölkerung von *über 65 Jahren* von *derzeit rd. 1,48 Mio. Personen auf 2,59 Mio. „Personen im Jahr 2060. Daher wird der Altersquotient - das Verhältnis der 65-jährigen und Älteren zu der Bevölkerung im Erwerbsalter 15 bis unter 65 - von derzeit 260 von 1.000 auf 509 von 1.000 im Jahr 2060 steigen.*⁵

Der Pflegebedarf wird sich daher sowohl quantitativ als auch qualitativ beträchtlich erhöhen.

⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: http://www.genial-driv.de/DE/01_demographischer_wandel/01_wandel_in_deutschland/wandel_in_deutschland_node.html, (26.07.2013 16:20)

⁵ Stefanits, Johann/ Freitag, Roman: Bericht über die langfristige Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung für den Zeitraum 2010 bis 2060 Teil I, Wien 04/2012, Seite 8.

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen	< 19 Jahre	20 - 64 Jahre	> 65
1981	7.555.338	3.572.426	3.982.912	28,7%	56,1%	15,2%
1985	7.564.984	3.591.249	3.973.735	26,6%	59,3%	14,2%
1990	7.677.850	3.675.559	4.002.291	24,2%	60,8%	14,9%
1995	7.948.278	3.834.075	4.114.203	23,6%	61,3%	15,1%
2000	8.011.566	3.874.717	4.136.849	23,1%	61,5%	15,4%
2005	8.225.278	3.998.952	4.226.326	22,0%	61,8%	16,2%
2006	8.267.948	4.022.516	4.245.432	21,7%	61,6%	16,7%
2007	8.300.954	4.040.089	4.260.865	21,5%	61,5%	17,0%
2008	8.336.549	4.058.635	4.277.914	21,2%	61,5%	17,2%
2009	8.363.040	4.072.866	4.290.174	21,0%	61,5%	17,5%

Tabelle 1: Entwicklung der Jahresdurchschnittsbevölkerung Österreichs nach Altersgruppen, 1981- 2009 ⁶

Jahr	Insgesamt	< 19 Jahre	20 - 65 Jahre	> 65 Jahre
2011	8.420.900	20,4%	61,9%	17,7%
2012	8.458.023	20,2%	62,9%	17,9%
2013	8.289.482	20,0%	61,8%	18,2%
2014	8.523.323	19,8%	61,7%	18,5%
2015	8.557.938	19,6%	61,7%	18,7%
2020	8.713.178	19,2%	61,1%	19,7%
2025	8.862.955	19,1%	59,3%	21,6%
2030	9.000.007	19,1%	56,9%	24,0%
2035	9.113.214	19,0%	54,8%	26,2%
2040	9.205.647	18,7%	54,0%	27,2%
2045	9.279.839	18,5%	53,8%	27,7%
2050	9.330.904	18,4%	53,4%	28,2%
2055	9.359.308	18,5%	53,0%	28,6%
2060	9.378.251	18,6%	52,5%	28,9%
2075	9.428.409	18,7%	52,5%	28,8%

Tabelle 2: Prognose Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011 bis 2075 im prozentuellen Verhältnis ⁷

⁶ Vgl. Statistik Austria: Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1981). Wien, 19.05.2010

⁷ Vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, [o.O.] 14.09.2012

2.1.2 Veränderungen am Arbeitsmarkt

Parallel zur dargestellten demografischen Veränderung zeichnen sich ein Rückgang der familiären Betreuungs- und Pflegekapazitäten sowie steigende Ansprüche an eine altersgerechte Versorgung ab.

Die steigende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen wirkt sich einerseits positiv auf die einzelnen Zweige der Sozialversicherung aus, weil mehr Beiträge eingezahlt werden, führt aber zu einer Zurückdrängung der Angehörigenpflege (informelle Pflege). Da aber die Zahl der Pflegebedürftigen von Jahr zu Jahr zunimmt, muss künftig der Bedarf mit mehr externer (formeller) Pflege abgedeckt werden. Damit wird dem Ausbau und der Qualität der sozialen Dienste auch eine besondere Bedeutung als zusätzlicher Arbeitsmarkt, aber auch als Kostenfaktor zukommen. Bereits zwischen 1995 und 2006 ist die informelle Pflege von 80 % auf 75 % zurückgegangen.⁸

Der damit verbundene Anstieg der Sozialausgaben für eine alternde Gesellschaft steht ebenfalls für neue Herausforderungen, die Vorbereitung und Gestaltung erfordern und neue Berufsbilder entstehen lassen.

So lässt sich ein unmittelbarer, hoher Bedarf an Gesundheits- und Sozialberufen, sozialen Einrichtungen und Institutionen der öffentlichen Hand feststellen. Dies beeinflusst wiederum die steigende Nachfrage nach ExpertInnen, die in altersspezifischen Fragestellungen herangezogen und mit Managementaufgaben der erwähnten Institutionen betraut werden und die ein besonderes Verständnis für ältere Menschen mit sich bringen und alter(n)sspezifisches Fachwissen vorweisen können.

Da die Anzahl der erwähnten sozialen Berufe und Einrichtungen zunimmt, steigt auch die Nachfrage nach ExpertInnen, die mit den Managementaufgaben dieser Institutionen betraut werden und daher nicht nur über eine ganzheitliche Sichtweise sondern auch über ein spezifisches Wissen der Schnittstelle Wirtschaft und Gesundheits- und Sozialwesen verfügen und alter(n)sspezifisches Fachwissen vorweisen müssen.

Der steigende Bedarf an Einrichtungen, Institutionen und sozialen ArbeiterInnen, die direkt mit den KlientInnen/PatientInnen (alten Menschen, körperlich oder geistig

⁸ Mühlberger, Ulrike et al.: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, [o.O.] März 2008, S. 21.

Benachteiligten etc.) in Kontakt sind, korreliert sehr stark mit dem Bedarf an ExpertInnen auf dem Gebiet „Public Health & Aging Management“.

2.1.3 Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich beträgt derzeit 78,3 Jahre für Männer und 83,3 Jahre für Frauen. Für das Jahr 2050 wird eine Lebenserwartung für Männer von 88 Jahren bzw. für Frauen von 93 Jahren vorausgesagt. Die Lebenserwartung wird alle fünf Jahre um ein weiteres Jahr steigen.⁹ „Jedes zweite heute geborene Kind dürfte über 100 Jahre alt werden.“¹⁰

Die längere Lebenszeit verändert die „biografische Architektur“ der Menschen und führt zu zusätzlichen neuen Lebensphasen. In den 70er Jahren durchlebte der Mensch eine dreiteilige Biografie, während man heute von fünf differenzierten Lebensstationen ausgeht.

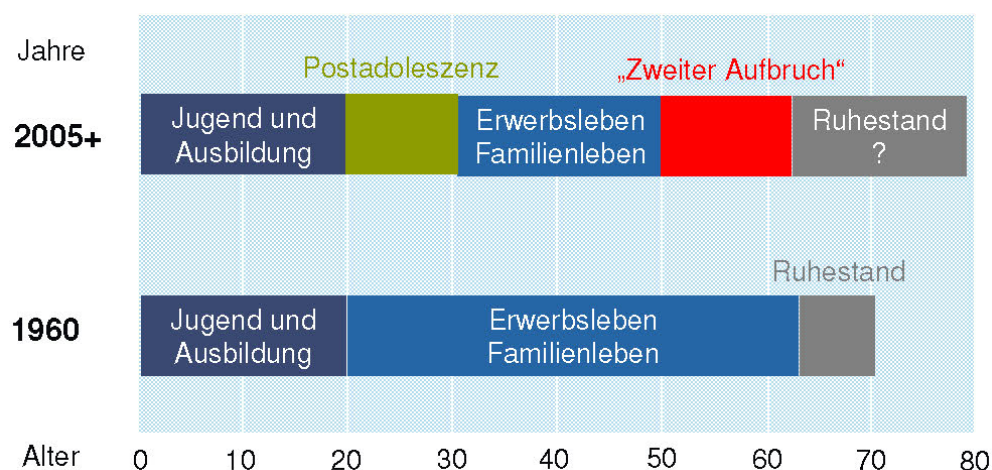


Abbildung 2: Von der 3-phasigen zur 5-phasigen Biographie¹¹

Zwischen Jugend- und Erwerbsleben schiebt sich die Phase der „Postadoleszenz“, die eine Zeit des „Ausprobierens“ und der Selbstfindung beschreibt. Mit dem 30. Lebensjahr erfolgt die Erwerbs- und Familienphase. Der zweite neue Lebensabschnitt folgt mit dem 50. Lebensjahr, wird als „zweiter Aufbruch“

⁹ Vgl. Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/, (26.07.2013 13:30)

¹⁰ Strothotte, Thomas: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, [o.O.] Ausgabe 1/2008, S. 1

¹¹ Vgl. Oberösterreich Tourismus: In: Mafo-News 07/06, Welche Trends werden den Tourismus der Zukunft prägen?, „Die jungen Alten“, S. 3

bezeichnet und geht von einer Neuorientierung im mittleren Alter aus. Der Ruhestand muss aus heutiger Sichtweise mit einem Fragezeichen versehen werden. Er findet allzu oft in einem Urlaubsparadies statt oder wandelt sich zu einem neuen produktiven „Unruhezustand“.

Angeichts einer gesünderen Lebensführung und des medizinischen Fortschritts bleiben die Leistungsfähigkeit und der Arbeitswille der Menschen bis ins hohe Alter immer mehr erhalten. Die Generation „50 plus“ von heute unterscheidet sich stark von jener aus der Vergangenheit. In früheren Jahren wurde Alter mit nachlassender Aktivität und Interessen sowie schwindenden Leistungskapazitäten assoziiert. Die Generation 50 plus bleibt länger vital und gesund.¹² Dennoch sind viele trotz ihres „gesunden Alters“ auf eine Betreuung angewiesen, die ihnen das Leben erleichtert.

Aus der fünfteiligen Biographie (Architektur) des Menschen lassen sich drei Gruppen der „Alten“ definieren.

- Der ersten Gruppe gehören die gesunden, autonomen und finanziell unabhängigen Personen an. Diese Personen leben selbstständig und selbstbestimmt und suchen u. U. nur aufgrund von fehlenden sozialen Netzwerken (Familie, Freunde) und/oder aufgrund der täglich anfallenden Aufgaben (Putzen, Waschen, Kochen etc.) bestimmte Institutionen auf und nehmen Unterstützung in Anspruch (betreutes Wohnen).
- Die zweite Gruppe besteht aus jenen, die aufgrund von gewissen Krankheiten (chronische Krankheiten) und/oder Beeinträchtigungen (physischer Natur) auf gewisse (medizinische) Unterstützung angewiesen sind. Der zunehmende Mangel an Betreuungspersonal – ob aus der eigenen Familie oder Dienstpersonal – sowie die Notwendigkeit einer medizinischen Hilfestellung zwingt sie, institutionelle Betreuung in Anspruch zu nehmen (medizinisch betreutes Wohnen).
- Als letzte Gruppen werden die pflegebedürftigen Personen definiert. Diese Personen können ihr Alltagsleben nicht mehr eigenständig bewältigen und benötigen Pflegedienstpersonal und entsprechende Einrichtungen (Pflegeheime).

¹² Vgl. Oberösterreich Tourismus: In: Mafo-News 07/06, Welche Trends werden den Tourismus der Zukunft prägen?, „Die jungen Alten“, S. 5

2.1.4 Ansteigen der Pflegebedürftigkeit

Es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die Gesellschaft den demografischen Entwicklungen und ihren Auswirkungen auf das Sozialgefüge mit den bisherigen sozialpolitischen Strategien nicht mehr effektiv begegnen kann. Die ältere Generation wird zwar immer gesünder, dennoch werden diese Personen durch das steigende Alter unabwendbar auch körperliche, gegebenenfalls auch kognitive Grenzen erfahren. Alter ist der größte Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit. So steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden mit dem Alter 80 rapide an. 2050 werden 11,5 % der Gesamtbevölkerung in Österreich über 80 Jahre alt sein (siehe Tabelle 2). Ein Ergebnis des EU-Projekts FELICIE (Future Elderly Living Conditions in Europe: www.felicie.org) hat aufgezeigt, dass auch eine Verbesserung der Gesundheit nicht der steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen entgegenwirken kann.

„Mit Hilfe von zwei Szenarien wurde der Anstieg der Pflegebedürftigen im Alter 75+ bis zum Jahre 2030 fortgeschrieben. Nach dem Constant Disability Scenario (CDS), das davon ausgeht, dass die Jahre der Pflegebedürftigkeit proportional zu den dazu gewonnenen Lebensjahren ansteigen, wird für Deutschland bei den pflegebedürftigen Frauen ein Anstieg von 39 % prognostiziert. Der Anstieg bei den Männern liegt bei 127 %, was bedeutet, dass sich die Zahl der pflegebedürftigen Männer bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln würde.“¹³

Für Österreich darf man von einem ähnlichen Szenario ausgehen. Die Menschen erreichen auch in Österreich aufgrund des Fortschritts in der Medizin ein immer höheres Durchschnittsalter.

Parallel zu der demografischen Veränderung zeichnen sich steigende Ansprüche der Menschen an eine altersgerechte Versorgung sowie der Rückgang der familiären Pflegkapazitäten ab. Die Menschen werden nicht nur aufgrund ihres Alters und/oder eventueller Behinderungen, sondern auch aufgrund der Veränderung von sozialen Netzwerken Heime und Einrichtungen aufsuchen, die für ihren Alltag Betreuung und Unterstützung bieten. Soziale Veränderungen finden vor allem aufgrund des Verfalls der traditionellen Familienstruktur statt. Die Tatsache, dass in Wien mittlerweile jede

¹³ Doblhammer-Reiter, Gabriele/Ziegler, Uta/ Westphal, Christina: In: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, Artikel: „Gesundheit im Alter“ S. 37

zweite Ehe geschieden wird und ein Mensch oft mehr als eine Ehe im Laufe seines Lebens eingeht, führt zu neuen Familienkonstellationen.

Weitere soziokulturelle Veränderungen sind die Abnahme der Mehrgenerationen-Haushalte, mehr alleinerziehende Elternteile und der enorme Bildungszuwachs bei Frauen.

„Die Ehe ist nicht mehr Voraussetzung für die Familiengründung und wird es in Zukunft immer seltener sein. Die Zahl der außerehelichen Geburten nimmt rapide zu. Das klassische „Lebenslang“-Ehemodell zerbricht, neue „serielle Partnerschaften“ und entsprechend unterschiedliche Familienkonstellationen entstehen. Die traditionellen Beziehungsformen gehen verloren, die Anzahl der Großfamilien sinkt. Das neue Gesellschaftsmuster heißt „Patchwork-Society“, in der die unterschiedlichsten Formen des Zusammenlebens möglich werden.“¹⁴

Noch vor 100 Jahren waren die europäischen Universitäten für Frauen überwiegend nicht zugänglich. Haben 1985 noch zu annähernd gleichen Teilen Männer und Frauen die Matura in Österreich bestanden, so sind es jetzt bereits zu 60 Prozent Frauen, die diesen Bildungsgrad erreichen.

Während noch vor wenigen Jahren ein großer Prozentsatz an Pflegefällen von den Familien selbst getragen wurde, können diese aufgrund von Erwerbstätigkeit, Alleinerziehung und Veränderungen in den Familienstrukturen nicht mehr bewältigt werden. Somit müssen neue Formen der Betreuung außerhalb der Familie gefunden werden. Doch nicht nur die Quantität der Betreuungseinrichtungen, auch die Qualität und Varietät spielen eine wichtige Rolle. Die heutige Generation 50 plus („Erfolgsgeneration“) wird andere Anforderung an das Altern und die damit verbundene „Pflege“ oder „Betreuung“ haben als bisher üblich. Der Trend wird in Richtung „Individualisierung“ des Betreuungsbereichs gehen. Die Menschen, die aufgrund ihres Alters eine Betreuung nötig haben, wollen nicht auf Lebensqualität verzichten und sich ihrem Schicksal überlassen, da sie gesund sind.

Gleichzeitig können sie aber gewisse Aufgaben nicht mehr ganz alleine bewältigen, möchten jedoch ihren Lebensstandard beibehalten. Die logische Folge wird die Etablierung neuer Formen der Betreuung und Pflege sein.

¹⁴ Tourismus Oberösterreich: http://www.oberoesterreich-tourismus.at/sixcms/media.php/2022/Gesundheitsurlaub-2015_131006.pdf, (10.07.2013 13:00)

2.2 Psychologische und soziologische Aspekte des Alterns

2.2.1 Sprache / Kognition – Demenz

Der Begriff „Sprache“ beinhaltet Gespräche zu führen, zu schreiben und zu lesen. Ein Gespräch führen, heißt vor allem mit dem Gegenüber zu kooperieren. Kommunikation und Kognition (Wahrnehmung) bedingen sich gegenseitig. Wenn man alltagsorientierte Aktivitäten mit demenzkranken Menschen aufrecht erhalten will, ist es sinnvoll, Kommunikationsstrategien auf einem neuen, angepassten Niveau anzuwenden, um damit die Aufrechterhaltung von Aktivität, Sinn, Orientierung und Kognition zu ermöglichen.

„Störungen der Sprache und der Kommunikation vor dem Hintergrund einer Demenzerkrankung sind nur im Gesamtkontext von Gedächtnis – Kognition – Verhalten zu verstehen. Eine Einflussnahme auf die Sprache bedeutet damit auch eine Einflussnahme auf die Kognition und das Gedächtnis.“¹⁵

2.2.2 Stimmung – Depression

Häufig wird eine niedergedrückte Stimmung und Zurückgezogenheit bei alten Menschen als „normal“ angesehen. Die Gerontopsychiatrie geht heute davon aus, dass es eine spezielle Altersdepression nicht gibt. Daher ist es besser von Depression im Alter zu sprechen. Die Symptome und der Krankheitsverlauf sind im Alter allerdings oft etwas anders als in jüngeren Jahren.

Zum Beispiel klagen ältere Patienten mit Depressionen häufiger über körperliche Beschwerden und seltener über psychische Beschwerden wie zum Beispiel vermehrte Traurigkeit, was die Diagnose einer Depression im Alter oft erschwert. Auch werden häufig depressive Symptome im Alter fälschlicherweise als „normales“ Merkmal beschwerlicher Lebensumstände angesehen.

¹⁵ Hochschule für Heilpädagogik Zürich: <http://www.demenzsprache-hfh.ch/sprache-und-demenz/>, (10.07.2013 18:25)

2.2.3 Alterungsmodelle (z. B. Defizitmodell, Disuse-Modell)

Defizit-Modell

Funktionelles Defizit: Auf eine relative Selbständigkeit bis zum 70-75. Lebensjahr folgt eine Phase der bedingten Hilfsbedürftigkeit von ca. 10-15 Jahren, an die dann ein - terminales - Jahr der starken Hilfsbedürftigkeit anschließt.

Ausdauer: Die körperliche Ausdauer nimmt ab dem 30. Lebensjahr ab, da einerseits altersbedingt die Sauerstoffaufnahme des Körpers um ca. 1% pro Jahr zurückgeht, sowie das Herzminutenvolumen sinkt.

Die körperliche Kraft fällt ab dem 30. bis zum 55. Lebensjahr nur geringfügig ab (ca. 0,5 %/Jahr), danach allerdings dramatisch um ca. 15 % pro Dekade, ab der 8. Dekade sogar um 30%.

Disuse-Modell

Ungenutzte Funktionen verkümmern:

- Durch Technisierung und Automation erfolgt ein dramatischer Rückgang von Bewegung, in Folge werden die biologische Minimalanforderungen unterschritten.
- Für funktionelle Altersdefizite sind daher teilweise auch fehlende Trainings- oder Belastungsreize verantwortlich

2.2.4 Altern & Arbeit

Häufig wird behauptet, dass es eine auf mittelfristige Sicht besonders drängende Aufgabe wäre, das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen annähernd in einem Gleichgewicht zu halten. Dieses kann einerseits durch Maßnahmen erreicht werden, die auf effizientere Wirtschaftsmärkte abzielen, andererseits ebenso durch die Neuausrichtung und die Neugestaltung von Arbeitsmarkt- und familienpolitischen Instrumenten sichergestellt werden. Eine abnehmende Erwerbstätigenzahl könnte aber ebenso positiv wirken und zu einer Erhöhung des Kapitalniveaus pro Erwerbstätigen führen.

Mittel- bis langfristig stellt jedoch weniger der einsetzende Rückgang der Zahl der Erwerbspersonen eine Herausforderung dar, als primär dessen voranschreitende demografische Alterung. Älteren Erwerbstätigen wird dabei vielfach pauschal und unbewiesen eine geringere Leistungsfähigkeit, fehlende Flexibilität und abnehmende

Innovationsfähigkeit unterstellt. Im Gegensatz dazu stände eine am Output gemessen zu hohe Entlohnung. Die bisher häufig als Reaktion zu beobachtende Unternehmensstrategie, Wissenserwerb durch den frühen Austausch der Alterskohorten sicherzustellen wird zukünftig aber durch die demografische Entwicklung erschwert. Nicht zuletzt aus volkswirtschaftlich und sozialpolitisch erstrebenswerten Gründen bieten der gezielte lebenslaufbasierte Ausbau in die Aus- und Weiterbildung, eine Neuorganisation der Lebensarbeitszeit sowie gesundheitsbezogene Präventionsmaßnahmen die einzigen Optionen, Produktivitäts- und Innovationsstandards mit einem älter werdenden Erwerbspersonenpotenzial zu erhalten.¹⁶

„Die steigende Lebenserwartung bedeutet auch, dass wir länger arbeiten muss. ‚Das Lebensalter ist nicht mehr der einzige Indikator für Leistungsfähigkeit‘, sagt Andreas Kruse, Altersforscher an der Universität Heidelberg und Leiter der Kommission, die den Altenbericht der Bundesregierung erstellt. Viele 70-Jährige seien heute gerne bereit, länger zu arbeiten. ‚Ein Gutteil der Folgen des demografischen Wandels muss von der älteren Generation selbst getragen werden‘.

Bis 2029 wird die Regelaltersgrenze auf 67 Jahre erhöht, was Altersforscher wie Meinhard Miegel aber nicht für ausreichend halten. ‚Die Rente mit 68 oder 69, damit wären wir halbwegs in der Balance‘, sagt der Sozialforscher. Denkbar wäre eine Anlehnung beispielsweise an das schwedische System, das die Lebenserwartung berücksichtigt: Steigt sie, fallen die monatlichen Sätze.“¹⁷

2.3 Weitere Aspekte des demographischen Wandels

2.3.1 Zunehmendes Gesundheitsinteresse und Gesundheitstourismus

In den letzten Jahren war kaum eine Branche von Wertewandel und Veränderungen so betroffen wie die Gesundheitsbranche. Die Bedeutung von „Lebensqualität“ und „Prävention“ rücken immer mehr in den Fokus. Darunter ist insbesondere die

¹⁶ Salzmann, Thomas/Skirbekk, Wegard/Weiberg, Mirjam (Hrsg.): Wirtschaftspolitische Herausforderungen des demografischen Wandels, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010, S. 12

¹⁷ Peters, Freia/ Trentmann, Nina: Deutschland muss das Altern neu lernen, Die Welt, 05.11.2010

Sicherung dieser Lebensqualität über einen deutlich verlängerten Lebenszeitraum zu verstehen (siehe Abbildung 2 – von der 3-phasigen zur 5-phasigen Biographie).

„Die WKO sieht neben dem öffentlichen Gesundheitswesen v. a. im Bereich der privat finanzierten Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen einen dynamischen Zukunftsmarkt. Dazu zählen u. a. der Verkauf gesundheitsfördernder und -erhaltender Lebensmittel und der Wellness-tourismus [...]. Berufe, die in diesem Schnittstellenbereich zwischen Schönheitspflege, Gesundheit und Sport angesiedelt sind, werden weiterhin erheblich vom gesteigerten Gesundheitsbewusstsein profitieren.“¹⁸

Zu den zukunftssträchtigen Tätigkeitsfeldern gehören u. a. der Kur-, Bade- und Thermenbereich, Hotels und Freizeiteinrichtungen, Tourismusverbände, Freizeit- und Themenparks, Bildungseinrichtungen sowie Seniorenheime und Institutionen, die für ihre KlientInnen/PatientInnen Gesundheitsvorsorge betreiben wollen.

In engem Zusammenhang mit dem veränderten Gesundheitsinteresse bzw. -verhalten und der Überalterung der Gesellschaft, die immer länger gesund und vital bleibt, steigt die Bedeutung des Gesundheitstourismus. Die Statistik der Urlaubsreisen mit vier oder mehr Übernachtungen zeigt ein Wachstum des Gesundheitstourismus in Österreich. Die Zahl der mindestens 4-tägigen Urlaubsreisen mit dem Hauptreisezweck „Gesundheitsurlaub“ stieg innerhalb Österreichs von 73.000 im Jahr 1984 auf 170.000 im Jahr 2001. Zu diesem Zeitpunkt war die Zahl der Urlaubsreisen von Österreichern insgesamt rückläufig, die des Gesundheitstourismus jedoch ansteigend.“¹⁹

Im Tourismus gelten die „jungen Alten“ (Generation 50 plus) als eine neue und gewichtige Zielgruppe. Eingeschränkte Mobilität trifft auf die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren kaum zu. Sie gelten als neue Powerzielgruppe der Tourismusbranche. Für diesen wichtigen Sektor werden ExpertInnen (GesundheitsmanagerInnen, BeraterInnen, Health Consultants etc.) benötigt, die die Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten an den Schnittstellen zwischen

¹⁸ AMS-Qualifikations-Barometer: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>. (14.05.2013, 16:33)

¹⁹ Vgl. Dornmayr, Helmut: In: ibw-research Brief, „Zukunftsmarkt Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe – Perspektiven und Probleme in Österreich“, Ausgabe Nr. 04 / [o.O.] 09/2003, S. 2ff

Gesundheit- und Freizeitwesen erkennen sowie gesundheitsfördernde und gesundheitsberatende Dienstleistungsangebote ebenso wie touristische Angebote (insbesondere unter dem Aspekt der Gesunderhaltung) entwickeln und organisieren können.²⁰

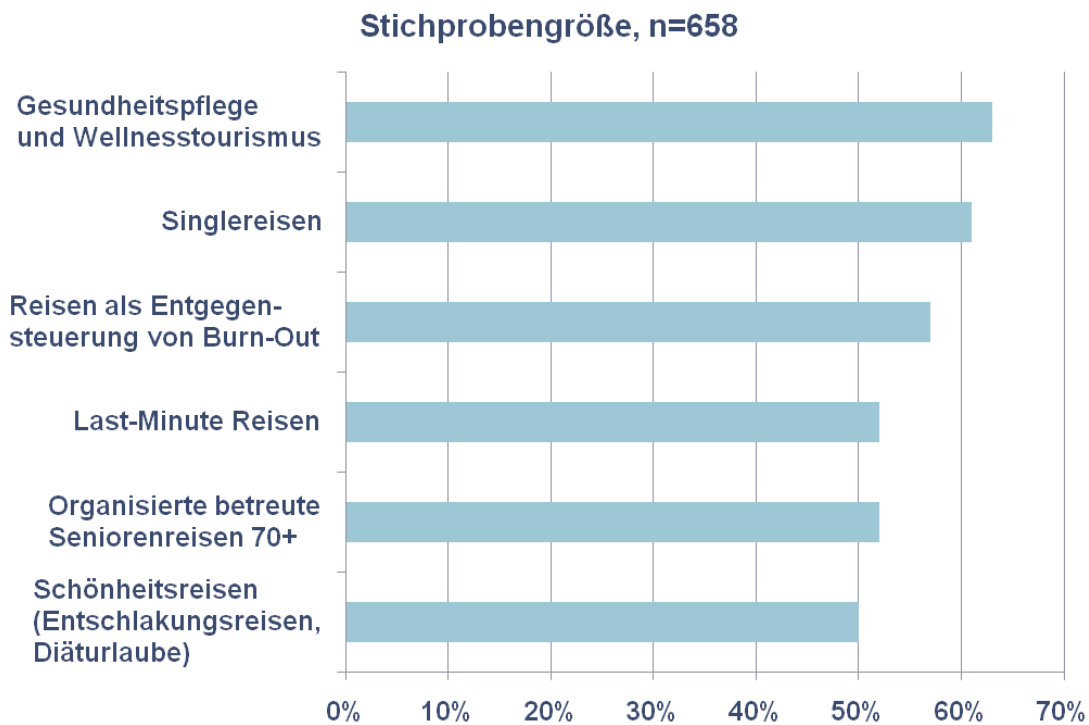


Abbildung 3: Zukünftige Urlaubstrends²¹

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, nannten 63 % der Befragten bei einer Umfrage zu dem Thema Urlaubsmotive der Zukunft den „Gesundheitsurlaub und Wellness tourism“ (Platz eins von 25 Urlaubsmöglichkeiten) als zukünftigen Urlaubstrend. An fünfter Stelle wurde mit 52 % der „Seniorenurlaub“ gereiht, der in organisierter Form für Personen über 70 Jahre angeboten wird.²²

²⁰ Vgl. Jobchancen Studium: Fachhochschulstudiengänge, Ausgabe 2013/2014, S. 108

²¹ Vgl. Market Institut, Marktforschungsinstitut, Urlaubsmotive der Zukunft – Wellness an Soulness, [o.O]Oktober 2008, S.1

²² Vgl. Market Institut, Marktforschungsinstitut, Urlaubsmotive der Zukunft – Wellness an Soulness, [o.O]Oktober 2008, S1f

2.3.2 Kaufkraft der älteren Generation

*Die demografische Veränderung bedingt eine verstärkte Kaufkraft der älteren Generation, die einen Großteil des Geldes zur Verfügung hat und ausgeben wird.*²³

*„Ältere Menschen (60 Jahre und älter) verfügen bereits heute über einen beachtlichen Anteil der Kaufkraft. Ihre Ausgaben betragen fast ein Drittel der Gesamtausgaben für den privaten Konsum. Dieser Anteil wird bis 2050 rein demografisch bedingt mit 386 Mrd. EUR auf mehr als 41 % der Gesamtausgaben steigen.“*²⁴

*Eine aktuelle Studie der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) in Deutschland ergab, dass zum Zeitpunkt der Studie (2003) doppelt so viele Senioren wie vor einem Jahrzehnt bereit waren bzw. noch immer sind, ihr Geld auch auszugeben.*²⁵ Obwohl grundsätzlich die Branchen unterschiedlich stark von demografischen Entwicklungen betroffen sind, müssen die Güter- und Dienstleistungsbranchen ihr Angebot bezüglich Art des Produktes, seiner Eigenschaften, seines Designs, Marketings und Vertriebs prüfen. *In Bezug auf die Prüfung der Strategie auf „Demografie-Beständigkeit“ besteht die Notwendigkeit für ein besseres Verständnis der Konsumentengruppe der Alten. Güterhersteller, Dienstleister und ihre Lieferanten müssen rechtzeitig auf die neue „große“ Zielgruppe reagieren*²⁶ Die Lebensmittelgüterhersteller und ihre Zulieferer (Verpackung), die Hilfs- und Heilmittelbranche sowie der technische Sektor müssen sich nicht nur auf die Handicaps sondern auch auf die Wünsche dieser Altersgruppe einstellen.

²³ Vgl. Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research, Aktuelle Themen, Demografie Spezial, Nr. 278, [o.O.]14.Juli 2003, S.4

²⁴ Leyen, Ursula von der/ Spidla, Vladimir: Eröffnung des europäischen Kongress „Demografischer Wandel als Chance, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=98694.html>, [o.O.] 15.06.2007

²⁵ Vgl. Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research, Aktuelle Themen, Demografie Spezial, Nr. 278, [o.O.] 14.Juli 2003, S.5

²⁶ Vgl. Oberösterreich Tourismus – Mafo-News 07/06, Welche Trends werden den Tourismus der Zukunft prägen? „Die jungen Alten“, S. 5f

„Dringend gefragt ist nicht nur ein Überdenken des Güter- und Dienstleistungsangebots, sondern auch der internen Entwicklungsprozesse und nicht zuletzt der Kommunikation mit dem Kunden.“²⁷

Trotz der viel zitierten „Jugendlichkeit“ der Alten gibt es eine Reihe von Bedürfnissen, die mit dem Alter vermehrt auftreten und somit von grundlegender Bedeutung bei der Gestaltung von Angeboten für ältere Kunden sind. Besonders muss auf die sensorische und körperliche Einschränkung vieler älterer Menschen Rücksicht genommen und die Produkte bzw. Dienstleistungen an die altersbedingten Veränderungen, Bedürfnisse und Ansprüche Älterer angepasst und adressiert werden. Dies betrifft u. a. Technologie (z. B. größere Display bei Mobiltelefonen), Technik im häuslichen Alltag (z. B. einfach zu handhabende, zuverlässige, sichere Küchengeräte), Konsumgüter (z. B. größere Schriftzüge an Lebensmittelverpackungen) sowie Dienstleistungen (z. B. Kommunikation und Umgang mit Älteren, intensive Beratung im Presales-Bereich, zuverlässige Problembehebung im Aftersales).

„Daher liegt es an den Unternehmen, das noch brachliegende wirtschaftliche Potenzial der alternden Gesellschaft zu nutzen. Das demografische Potenzial ist unwiderruflich gegeben.“²⁸

2.3.3 Mobilitätsverhalten und Verkehrsnachfrage

Die meisten Senioren werden in besseren finanziellen Verhältnissen leben und im Durchschnitt gesünder sein als bisher. Aufgrund der hohen Wohnstandort-Stabilität der Haushalte „verlagert“ sich der Wohnort der über 65-Jährigen tendenziell in die Umlandgemeinden und -bezirke und in den ländlichen Raum. Studien²⁹ zeigen seit langem, dass ein Großteil der Älteren mobil und aktiv sein möchte (und ist). Ein Rückzug ins Private findet erst dann statt, wenn der Gesundheitszustand das Verlassen der eigenen Wohnung nicht mehr erlaubt.

Die Verkehrsteilnahme sinkt ab einem Alter von 75 Jahren deutlich. Trotzdem sind im Durchschnitt ca. 80% dieser Altersgruppe aktiv und beteiligen sich am

²⁷ Vgl. Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research, Aktuelle Themen, Demografie Spezial, Nr. 278, [o.O.] 14.Juli 2003, S.7f

²⁸ Gassmann/Oliver, Reepmeyer/Gerrit: Wachstumsmarkt Alter – Innovationen für die Zielgruppe 50+, München, Verlag: Hanser, 2006, S.4.

²⁹ Vgl. Mollenkopf et al.: Enhancing Mobility in Later Live. IOS Press. Amsterdam 2005. S.211 ff.

Verkehrsgeschehen. Die meisten Wege der Älteren – unabhängig von der Verkehrsmittelwahl – werden allerdings außerhalb der Hauptverkehrszeiten absolviert. Aufgrund der jeweiligen Aktivitätenanforderungen besteht generell ein unterschiedliches Zeitprofil der Mobilität gegenüber den jüngeren Altersgruppen.

Ganz allgemein tendiert die Verkehrsmittelwahl in Zukunft zum motorisierten Individualverkehr zuungunsten des Umweltverbunds.

2.4 Veränderungen und Umstrukturierungen im Gesundheits- und Sozialsystem

Das Gesundheits- und Sozialsystem von heute ist veränderungsbedürftig. Es werden neue Organisationsformen entstehen, denn der wachsende Kostendruck führt in der öffentlichen Verwaltung zur Verlagerung sozialer Dienstleistungen vom öffentlichen in den privaten Bereich. Somit wird es immer wichtiger, nach effizienten betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu haushalten.

*Die Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 stiegen gegenüber dem Vorjahr um 4,3 % auf 27,45 Mrd. EUR. Dies entsprach etwa 10,1 % des Österreichischen BIPs in diesem Jahr.*³⁰ Die durchschnittliche jährliche Steigerung der Gesundheitsausgaben beträgt 5,2 %. Dies weist auf die heutige und zukünftig wachsende Bedeutung der Finanzierung des Gesundheitssektors hin.

*„Der wachsende Kostendruck führt in der öffentlichen Verwaltung auch zur Verlagerung sozialer Dienstleistungen vom öffentlichen in den privaten Bereich. [...] Immer wichtiger wird es, unter effizienten betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu haushalten (Nachvollziehbarkeit und Berichtslegung der erbrachten Dienstleistungen). [...]“*³¹

Gesundheitsökonomische Fragen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Durch die professionelle Führung von ExpertInnen, die auch betriebswirtschaftliche Aspekte in ihre Lösungsvorschläge mit einbeziehen ohne die sozialen Eckpunkte zu vernachlässigen, können neue Chancen und Möglichkeiten zur betriebswirtschaftlichen Unternehmensführung aufgezeigt werden.

³⁰ Vgl. AMS-Qualifikations-Barometer:

<http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>. (14.05.2013, 16:33)

³¹ AMS-Qualifikations-Barometer: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>. (14.05.2013, 16:33)

Nicht zuletzt ist generell im Gesundheits- und Sozialbereich auch im Zuge der Europäischen Integration und aufgrund laufender Verfahren vor dem EuGH mit erheblichen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zu rechnen, die in vielen Fällen wohl eine Liberalisierung (PPP-Modelle, Ärzte-GmbH etc.) implizieren.

Durch professionelle Führung von ExpertInnen können Chancen und Möglichkeiten zur betriebswirtschaftlichen Kosteneinsparung aufgedeckt werden. Das Schnittstellen-Management in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens funktioniert derzeit nur unzureichend. Ziel soll eine gemeinsame Steuerung und Kontrolle der verschiedenen Bereiche sein, um Kosteneinsparungen zu realisieren.

Die daraus resultierenden Trends lassen auf eine massive Zunahme an selbständigen und unselbständigen Aufgabenfeldern in vielen Branchen, besonders aber in den Bereichen: Medizin und Gesundheit, Tourismus, Informationstechnologie, Hilfs- und Heilmittelerzeugung und -vertrieb, Pharma, sowohl im privatwirtschaftlichen als auch im Non Profit Bereich erwarten

2.4.1 Beschäftigte Personen

Der Gesundheits- und Sozialsektor ist in den Industrieländern seit Jahren eine der Wachstumsbranchen. Die Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und Gesundheitsdienstleistungen stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an. Es ist damit zu rechnen, dass sich dieser Trend fortsetzt.

„Demografische Veränderungen, medizintechnische Fortschritte, gesteigertes Gesundheitsbewusstsein und wachsender Betreuungs- und Pflegebedarf in Krankenhäusern, SeniorInneneinrichtungen und in der Hauskrankenpflege sind zentrale Ursachen für das kontinuierliche Wachstum im Gesundheitswesen.“³²

Die Erwerbstätigenzahlen im Betrachtungszeitraum der letzten sechs Jahre sprechen für eine positive Beschäftigungsentwicklung des relevanten Wirtschaftszweiges Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem Zeitraum kam es in Österreich bei den unselbstständig Erwerbstätigen zu einem Beschäftigungszuwachs von 20,4 %, bei den Selbstständigen sogar von 26,2 %.

³² AMS-Qualifikations-Barometer: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>, abgerufen (14.05.2013, 18:33)

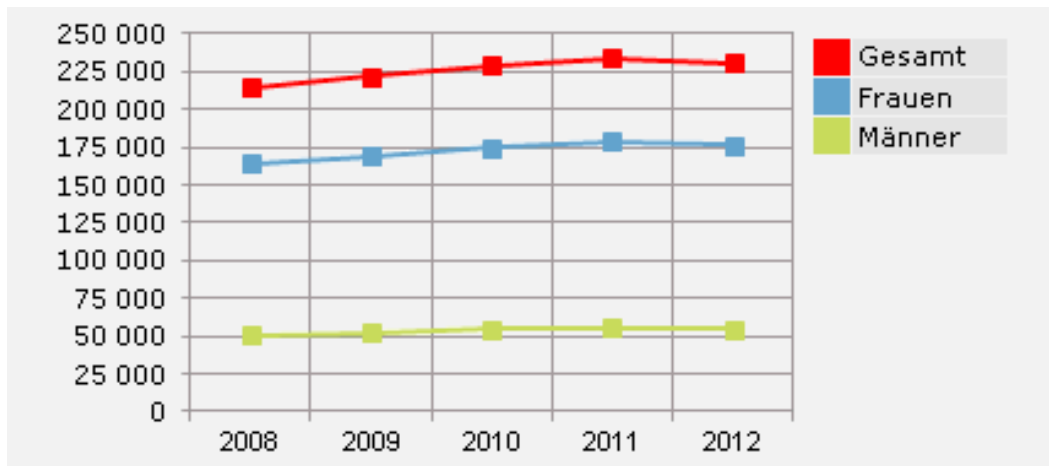


Abbildung 4: Zahl der unselbstständig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen³³

Gleichzeitig weist diese Wirtschaftsklasse bei den unselbstständig Erwerbstätigen einen AkademikerInnenanteil von rund 14 % (Selbstständige 56 %) und im Vergleich zu anderen Branchen ein hohes Qualifizierungsniveau der Beschäftigten auf, was in Verbindung mit dem Beschäftigungswachstum weiterhin auf einen entsprechenden Bedarf an qualifiziertem Personal schließen lässt.

³³ AMS-Qualifikations-Barometer: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>, abgerufen (14.05.2013, 18:33)

Unselbständig Erwerbstätige (ILO) nach ÖNACE und Geschlecht, 2011

ÖNACE 2008	Insgesamt		Männer		Frauen		Frauenanteil im jeweiligen Abschnitt in %
	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %	
Insgesamt¹⁾	3574,3	100,0	1874,1	100,0	1700,3	100,0	47,6
A Land- und Forstwirtschaft; Fischerei	28,9	0,8	17,6	0,9	11,3	0,7	39,1
B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	10,7	0,3	8,9	0,5	(x)	0,1	16,4
C Herstellung von Waren	624,2	17,5	457,5	24,4	166,7	9,8	26,7
D Energieversorgung	31,3	0,9	23,5	1,3	(7,7)	0,5	24,7
E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	16,5	0,5	12,2	0,6	(4,3)	0,3	26,0
F Bau	329,0	9,2	280,0	14,9	49,0	2,9	14,9
G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz	561,1	15,7	242,2	12,9	318,9	18,8	56,8
H Verkehr und Lagerei	192,9	5,4	146,5	7,8	46,4	2,7	24,1
I Beherbergung und Gastronomie	207,1	5,8	72,5	3,9	134,6	7,9	65,0
J Information und Kommunikation	84,4	2,4	58,8	3,1	25,6	1,5	30,3
K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	141,0	3,9	74,5	4,0	66,5	3,9	47,2
L Grundstücks- und Wohnungswesen	31,7	0,9	10,8	0,6	20,9	1,2	65,8
M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	157,1	4,4	62,8	3,3	94,3	5,5	60,0
N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	128,3	3,6	49,0	2,6	79,3	4,7	61,8
O Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	274,3	7,7	154,7	8,3	119,5	7,0	43,6
P Erziehung und Unterricht	248,1	6,9	73,2	3,9	174,9	10,3	70,5
Q Gesundheits- und Sozialwesen	351,7	9,8	73,6	3,9	278,1	16,4	79,1
R Kunst, Unterhaltung und Erholung	52,4	1,5	26,9	1,4	25,6	1,5	48,7
S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	89,1	2,5	24,6	1,3	64,5	3,8	72,4
T Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte	8,4	0,2	(x)	0,0	7,8	0,5	92,5
U Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	6,2	0,2	(3,5)	0,2	(2,7)	0,2	43,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, bis 2003 Mikrozensus (Durchschnitt der Monate März, Juni, September und Dezember); ab 2004 Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen des Jahres). Erstellt am: 27.04.2012.
 Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienst. - Erwerbstätige nach dem ILO-Konzept. - () Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Personen sind sehr stark zufallsbehaftet. - (x) Werte mit weniger als 3.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar. - 1) Lt. ÖNACE 2008.

Tabelle 3: Unselbstständig Erwerbstätige in Österreich, ÖNACE 2008³⁴

Gemäß ÖNACE-Klassifizierungssystematik ist der Wirtschaftszweig „Gesundheits- und Sozialwesen“ der drittstärkste „Arbeitgeber“ für unselbstständig Erwerbstätige und damit eine Berufsgruppe, die mit ausgezeichneten Berufs- und Arbeitsmarktchancen rechnen kann. Besonders gefragt sind Fachleute für Pflege, Betreuung und Beratung von alten Menschen und körperlich eingeschränkten Personen.

Die meisten Gesundheitsberufe können mit guten Zukunftsaussichten am Arbeitsmarkt rechnen, da trotz der Wirtschaftskrise in diesem Bereich ein Beschäftigungszuwachs verzeichnet werden konnte. Das Gesundheitswesen ist in

³⁴ Statistik Austria: Unselbstständig Erwerbstätige (ILO) nach ÖNACE und Geschlecht 2011, Wien, 27.04.2012

*hohem Maße von der Struktur und Verteilung der öffentlichen Mittel geprägt, weshalb der reale Personenbedarf oft über dem notwendigen liegt.*³⁵

2.4.1.1 Beschäftigte im sozialen Dienst

*Der Ausbau der sozialen Dienste, der auf der Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne der einzelnen Bundesländer erfolgt, wurde im Jahr 2003 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Sozialministeriums einer Zwischenbewertung unterzogen. Dabei zeigte sich, dass die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen die Planungen der Länder bereits überholt hatten, sodass die Planungsziele für 2010 zum großen Teil bereits 2003 erreicht waren.*³⁶

*Der gesamte Nettoaufwand der Länder für die sozialen Dienste für pflegebedürftige Personen ist von EUR 523 Mio. im Jahr 1994 auf EUR 1.332 Mio. im Jahr 2006 gestiegen, was einer Zunahme von etwa 155 % entspricht.*³⁷ Die Steigerungsraten betragen dabei für den ambulanten und mobilen Sektor 92 %, für stationäre Dienste 168 % und für teilstationäre Einrichtungen sogar 275 %.

*Die Betreuung von pflegebedürftigen Personen bildet auch einen wichtigen und dynamischen Sektor des Arbeitsmarktes. Die Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG, hat im Auftrag des Sozialministeriums bereits mehrmals diesen Bereich untersucht und alle in der Klientenbetreuung tätigen Personen in ambulanten/mobilen, teilstationären und stationären Einrichtungen erhoben.*³⁸ Dabei ergaben sich zum Stichtag 31. Dezember 2006 folgende Ergebnisse:

- Insgesamt wurden rund 55.000 Beschäftigte gemeldet – bei einer Rücklaufquote von 66 % kann die Zahl der beschäftigten Personen daher auf etwa 80.000 geschätzt werden.

³⁵ Vgl. AMS-Qualifikations-Barometer:
<http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>, abgerufen (14.05.2013, 18:33)

³⁶ Vgl. Schaffenberger, Eva/ Pochobradsky, Elisabeth: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2004, S.IV-V

³⁷ Vgl. Mühlberger, Ulrike/ Knittler, Käthe/ Guger, Alois: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO, Wien 03/2008, S. 67

³⁸ Vgl. Nemeth, Claudia et al.: Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006, Gesundheit Österreich GmbH, Wien 2008, S. II

- Der Personalstand ist von 2003 bis 2006 um 12 % gestiegen.
- Der Frauenanteil des Personals beträgt 82 %.
- 54 % des Personals sind in Teilzeit beschäftigt, bei einem durchschnittlichen Beschäftigungsausmaß von 30 Wochenstunden.
- Festzustellen ist ein deutlicher Trend zu höherer Qualifizierung.

2.4.1.2 Pflegende und betreuende Angehörige

„Etwa 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zu Hause durch Angehörige gepflegt. Zu einem Großteil wird diese oft schwierige Aufgabe von Frauen geleistet. Nur diese Pflege im Familienkreis ermöglicht umfassende Betreuung aller Pflegebedürftigen. Pflege ausschließlich durch professionelle Kräfte könnte sich der Staat nicht leisten.“³⁹

§ 21a BPGG (Bundespflegegeldgesetz) sieht finanzielle Zuwendungen an nahe Angehörige für Kurzzeit-/Ersatzpflege aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung ab der Stufe 4 vor. Hier werden laufend - teils dringend notwendige - Verbesserungen eingefordert, die zu einer weiteren budgetärem Belastung des Gesundheits- und Sozialbudgets führen würden.

„Auch die sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger wird von den Experten als sehr bedeutsam gesehen, wobei insbesondere eine beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung bereits ab der Pflegegeldstufe 3 wie in der Pensionsversicherung geschaffen werden sollte. In Fällen der Familienhospizkarenz wurde nicht überraschend eine Einkommensersatzleistung gefordert. Der Kriegsopfer- und Behindertenverband Österreich regte einen Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen, Förderung der Gesundheit und Sekundärprävention für pflegende Angehörige an. Auch die staatliche Hilfeleistungspflicht pflegebedürftiger Personen und deren betreuenden Angehörigen wird immer wieder betont und vorausgesetzt.“⁴⁰

³⁹ Help.gv.at: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360524.html>, (26.11.2012 13:12)

⁴⁰ Steinbach, Günther: Die Gesellschaft und ihre soziale Verpflichtung. Sozialpolitik für das 21. Jahrhundert, Festschrift für Josef Hesoun, Wien 1995, S. 225f.

2.4.2 Technologie-Entwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen

„Ältere Menschen haben körperliche und geistige Einbußen. Die Technik muss den älteren Menschen so ausstatten, dass er diese Mängel kompensieren kann.“⁴¹

In diesem Zusammenhang soll kurz der Begriff „Gerontotechnologie“ diskutiert werden.

Gerontotechnologie ist ein Oberbegriff für alle Technologien, welche bei Produkten zum Einsatz kommen, die ein aktives, unabhängiges und selbstständiges Altern ermöglichen. Ziel ist, die älteren Menschen zu befähigen, sich innerhalb ihrer Umgebung weiterhin autonom und frei bewegen zu können und altersbedingte kognitive und physische Einschränkungen so weit wie möglich zu eliminieren. Aufgrund seines interdisziplinären Charakters umfasst der Begriff Gerontotechnologie verschiedene Bereiche wie z. B. diverse Life-Science-Technologien, Sensortechnik, Mikro- und Nanotechnologie, Werkstofftechnik, Mikrosystemtechnik oder auch Informations- und Kommunikationstechnologie. Die unterschiedlichen Technologiebereiche dienen dabei als Basis für die Entwicklung von Produkten, welche ein angenehmeres Altern ermöglichen. Das Potenzial von Innovationen für ältere Menschen ist enorm, denn es gibt immer noch kaum Produkte, welche sich an den Anforderungen der älteren Menschen orientieren.⁴²

Der steigende Einsatz von Computer- und Informationstechnologie im Gesundheits- und Sozialwesen ruft einen steigenden Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal im Anwendungs- und Entwicklungsbereich nach sich. Um diese Marktnachfrage befriedigen zu können, muss ein ausreichendes Studienangebot vorhanden sein.

„InformatikerInnen, vor allem mit Fokus auf Medizininformatik, werden von ArbeitsmarktexpertInnen im Betrachtungszeitraum bis 2016 günstige Jobaussichten vorhergesagt. Die Medizininformatik befasst sich als interdisziplinäres Fachgebiet mit dem Einsatz von IT-Lösungen in der Medizin und im Gesundheitswesen. Das

⁴¹ Prof. Kruse, Andreas/Gassmann, Oliver/Reepmeyer, Gerrit: „Wachstumsmarkt Alter“, Hanser Verlag München, Wien 2006, S.82.

⁴² Vgl. Prof. Kruse, Andreas/Gassmann, Oliver/Reepmeyer, Gerrit: „Wachstumsmarkt Alter“, Hanser Verlag München, Wien 2006, S.70f.

Spektrum reicht von Telemedizin bis hin zu computerunterstützter PatientInnenbehandlung und -betreuung.“⁴³

2.5 Finanzierung

2.5.1 Sozialausgaben

Der Indikator Sozialausgaben kann die demografische Veränderung unserer Gesellschaft aufzeigen. Die Ausgaben haben sich von 1990 bis 2007 mehr als verdoppelt. Die Sozialleistungen werden nach Lebensabschnitten bzw. nach generellen Lebensrisiken unterschieden. Die für die Analyse relevante „Funktion“ ist das „Alter“. Sie beinhaltet alle Sozialleistungen (ausgenommen Gesundheit und Hinterbliebenenpensionen) für über 60-Jährige.

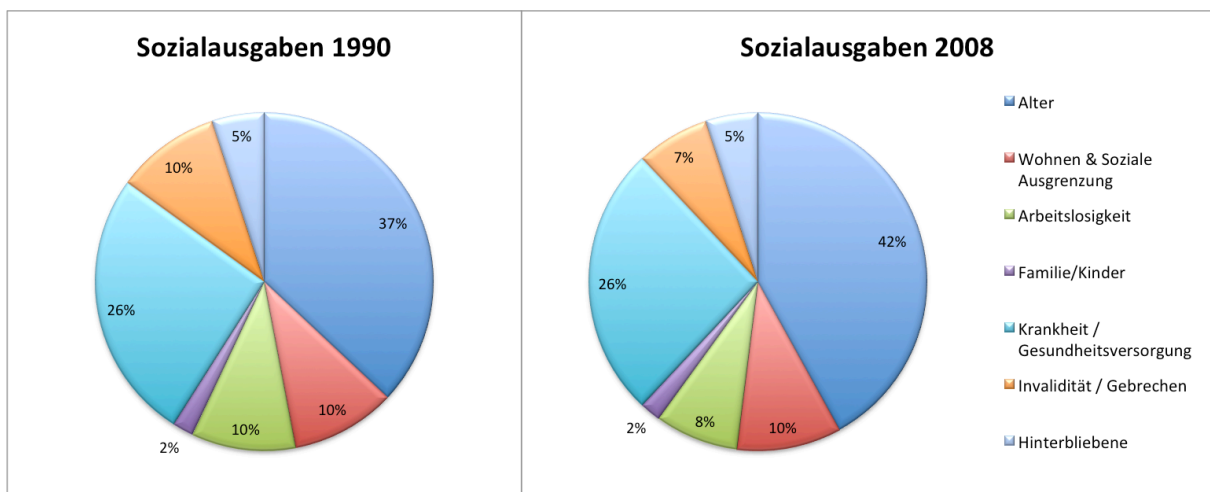


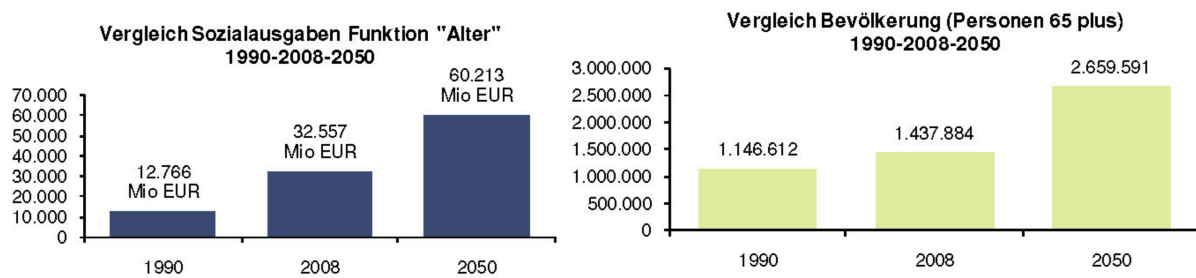
Abbildung 5: Sozialausgaben 1990 - 2008⁴⁴

Die Grafik zeigt die prozentuelle funktionale Verteilung der Sozialausgaben. Während in den 90er-Jahren noch 37 % der Sozialausgaben an die Funktion „Alter“ entfallen sind, so sind es 2008 schon über 42 %. Bei den anderen Funktionen sind keine erheblichen Veränderungen festzustellen. Insgesamt wurden 1990 34,45 Mrd. EUR und 2007 73,41 Mrd. EUR an Sozialausgaben getätigt.

⁴³ AMS-Qualifikations-Barometer:
http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=200&show_detail=1, (31.7.2013 20:40)

⁴⁴ Vgl. Statistik Austria: Sozialausgaben 1990 und Sozialausgaben 2008: „Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen 1980 bis 2008.“

Hochrechnung Sozialausgaben der Funktion „Alter“ und Personen 2050



Quelle: PwC-Darstellung

* Die Hochrechnung basiert auf der Gegenüberstellung der Anzahl der Bevölkerungsgruppe 65 plus mit der Höhe der Sozialausgaben der Funktion „Alter“ im Jahre 1990 und 2008. Die Sozialausgaben für 2050 wurden auf Basis der Pro-Kopf-Ausgaben (Personen 65 plus) 2008 berechnet und mit der prognostizierten Personenanzahl (65 plus) (Statistik Austria) im Jahr 2050 multipliziert. Die Prognose für die Bevölkerungsanzahl (im Besonderen Personen 65 plus) für das Jahr 2050 (Statistik Austria) wurde als Bezugsgröße herangezogen.

Abbildung 6: Hochrechnung Sozialausgaben⁴⁵

Laut einer vereinfachten Hochrechnung werden 2050 rund 60,21 Mrd. EUR der Sozialausgaben an die Funktion „Alter“ fließen. Diese Steigerung verdeutlicht die zunehmenden finanziellen Veränderungen, denen der Staat entgegentreten muss.

2.5.2 Finanzbedarf

Nach derzeitigem Wissensstand kann zusätzlicher Finanzbedarf bis 2030 für die Geld- und Sachleistungen von 66 % bis 207 % angenommen werden, ohne dass künftige gesetzliche Verbesserungen berücksichtigt wurden. Alleine beim Bundespflegegeld wird bis 2030 ein Mehraufwand von EUR 670 bis 1.050 Mio. und beim Landespflegegeld ein solcher von EUR 25 bis 62 Mio. erforderlich sein. Die Sachleistungen steigen um EUR 1,4 bis 5,6 Mrd. je nach Szenario. Insgesamt ergibt sich ein Mehrbedarf von EUR 2,1 bis 6,7 Mrd., mit gesetzlichen Verbesserungen wahrscheinlich von EUR 3 bis 8 Mrd., der solide zu finanzieren wäre. Beachtlich sind auch bisherige Eigenleistungen pflegebedürftiger Personen und deren Angehöriger, die rund EUR 2,5 Mrd. pro Jahr betragen.⁴⁶

Maßnahmen der Altersprävention und -rehabilitation greifen erst mittel- und langfristig und auch nur dann, wenn keine neuen Krankheiten oder wesentliche Verschlimmerungen bestehender Krankheiten hinzutreten.

⁴⁵ Vgl. Statistik Austria: Sozialausgaben 1990 und Sozialausgaben 2008: „Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen 1980 bis 2008.

⁴⁶ Vgl. Schneider, Ulrike et al.: Die Kosten der Pflege in Österreich, Ausgabenstrukturen und Finanzierung aus Forschungsberichte, Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien 2006, S. 12ff.

Man wird sich daher auf eine nachhaltige langfristige Finanzierung einstellen müssen, die auch die intergenerative Gerechtigkeit gewährleistet, die aber zugleich dem Wirtschaftsstandort nicht schadet.

2.5.3 Varianten der Finanzierung

2.5.3.1 Beitragsfinanzierte Pflegeversicherung

Dieses System existiert in Deutschland, hat aber bereits mehrmals zu Anhebungen des Beitragssatzes geführt, obwohl die Leistungen von 1995-2008 eingefroren waren und das Niveau unter dem österreichischen liegt.

In Österreich würde allein die Umwandlung der Geldleistungen des Bundespflegegeldgesetzes einen Beitragssatz von 2,8 % erfordern, der im Jahre 2030 etwa 4 % bis 4,5 % betragen müsste. Sowohl eine Arbeitgeberbelastung als auch eine reine Individualbelastung der Versicherten sind lohnkostenmäßig als auch einkommenspolitisch wegen einseitiger Belastung wirtschaftlich Schwächerer unzumutbar. Zudem würden solche Maßnahmen Kaufkraft schwächen und potentiell wachstumshindernd sein.

2.5.3.2 Steuerfinanziertes System

Ein solches besteht in den nordischen Staaten, insbesondere in Dänemark und hat dort eine jahrzehntelange Tradition eines Wohlfahrtsstaates. Das System bevorzugt primär Sachleistungsangebote, wobei ab 1987 mobile Dienste verstärkt einbezogen wurden. Finanziert wird in Dänemark die Pflege sehr stark mit kommunalen Einkommensteuern und staatlichen Zuschüssen. Daher werden weder Versicherte direkt belastet, noch die lohnabhängigen Beiträge und Abgaben berührt.

2.5.3.3 Mischsystem

In den Niederlanden hat sich ein System herausgebildet, das Beiträge auf alle steuerpflichtigen Einkunftsarten einhebt und zweckgebundene personelle Budgets mit Berücksichtigung der Angehörigenpflege vorsieht. Ursprünglich lag der Schwerpunkt auf stationärer Pflege, ab 1990 wurde die mobile Pflege verstärkt.

2.5.3.4 Denkbare österreichische Lösung

Wie bereits vorhin ausgeführt und auch vom WIFO skeptisch betrachtet, ist eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung mit vielen Nachteilen verbunden.⁴⁷ Eine Finanzierung mit Kommunalsteuern ist deshalb nicht möglich, weil die Gemeinden jetzt schon Schwierigkeiten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben haben und im Übrigen sehr unterschiedliche Strukturen in den Gemeinden vorliegen (reiche Industriegemeinden versus ärmere Gebirgsgemeinden). Denkbar wäre aber, einen zweckgebundenen Zuschlag zur Lohn(Einkommen)steuer oder Mehrwertsteuer vorzusehen, womit eine Garantie von diesen beiden ergiebigsten Steuern des Staates für den zusätzlichen Pflegeaufwand gegeben wäre.

2.6 Resümee

Fast alle Länder Europas stehen unmittelbar vor einer ernstzunehmenden demografischen Herausforderung: In nur wenigen Jahren wird die Gesellschaft zum ersten Mal aus mehr älteren als jüngeren Menschen bestehen. Die über 50-jährigen werden dann die größte Bevölkerungsgruppe ausmachen. In der Gesellschaft, Öffentlichkeit und insbesondere der Wirtschaft wird die demografische Entwicklung immer noch mit Ängsten, Sorgen und Risiken assoziiert. Ein Paradigmenwechsel in der Auffassung des Alters ist daher nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der Wirtschaft zwingend notwendig

Dabei ist ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Pflege- und Betreuungsheime bereits das Resultat der demografischen Entwicklung, möglicherweise verschärft durch sich verändernde Haushalts- und Familienstrukturen sowie eine zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen.

In Folge dieser Entwicklung befinden sich die sozialen Systeme inmitten einer Umwälzung. Die demografische Entwicklung und der damit verbundene politische Druck zwingen zu raschen Maßnahmen. Sinkende Budgets und steigender Kostendruck erhöhen dabei die Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit. Der fortschreitende Einsatz moderner Technologien beschleunigt die Vernetzung.

Die Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 stiegen gegenüber dem Vorjahr um 4,3 % auf 27,45 Mrd. EUR. Dies entsprach etwa 10,1 % des Österreichischen BIPs in

⁴⁷ Vgl. Mühlberger, Ulrike et al.: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, [o.O.] März 2008, S. 54-55.

diesem Jahr.²⁷ Die durchschnittliche jährliche Steigerung der Gesundheitsausgaben beträgt 5,2 %. Dies weist auf die heutige und zukünftig wachsende Bedeutung der Finanzierung des Gesundheitssektors hin.⁴⁸

„Der wachsende Kostendruck führt in der öffentlichen Verwaltung auch zur Verlagerung sozialer Dienstleistungen vom öffentlichen in den privaten Bereich. [...] Immer wichtiger wird es, unter effizienten betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu haushalten (Nachvollziehbarkeit und Berichtslegung der erbrachten Dienstleistungen). [...]“⁴⁹

Gesundheitsökonomische Fragen gewinnen immer mehr an Bedeutung, Kosten- und Qualitätsfragen werden in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens eine entscheidende Rolle spielen.

Parallel zu der demografischen Veränderung zeichnen sich steigende Ansprüche der Menschen an eine altersgerechte Versorgung sowie der Rückgang der familiären Pflegekapazitäten ab. Die Menschen werden nicht nur aufgrund ihres Alters und/oder eventueller Behinderungen, sondern auch aufgrund der Veränderung von sozialen Netzwerken Heime und Einrichtungen aufsuchen, die für ihren Alltag Betreuung und Unterstützung bieten.

Es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die Gesellschaft den demografischen Entwicklungen und ihren Auswirkungen auf das Sozialgefüge mit den bisherigen sozialpolitischen Strategien nicht mehr effektiv begegnen kann. Die ältere Generation wird zwar immer gesünder, dennoch werden diese Personen durch das steigende Alter unabwendbar auch körperliche, gegebenenfalls auch kognitive Grenzen erfahren. Alter ist der größte Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit. So steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden mit dem Alter 80 rapide an. 2050 werden 11,5 % der Gesamtbevölkerung in Österreich über 80 Jahre alt sein. Ein Ergebnis des EU-Projekts FELICIE (Future Elderly Living Conditions in Europe:

⁴⁸ Vgl. AMS-Qualifikations-Barometer:
<http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>, abgerufen (14.05.2013, 18:33)

⁴⁹ AMS-Qualifikations-Barometer: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>, abgerufen (14.05.2013, 18:33)

www.felicie.org) hat aufgezeigt, dass auch eine Verbesserung der Gesundheit nicht der steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen entgegenwirken kann.⁵⁰

Infolge der Entwicklungen am Gesundheitsmarkt ist strategisches Denken für die am Gesundheits- und Sozialmarkt agierenden Institutionen ein wichtiger Faktor, um am Markt effizient und erfolgreich bestehen zu können. Je schneller auf Marktveränderungen reagiert wird, umso sicherer kann die Zukunft gestaltet werden. Im Bereich der Finanzierung müssen aufgrund des reformbedürftigen Gesundheits- und Sozialsystems neue Wege gefunden werden, da dieses auf dem derzeitigen Kostenniveau nicht länger finanzierbar ist. Es herrscht ein verstärkter Finanzdruck bei gleichbleibenden Ressourcen.

Nicht zuletzt ist generell im Gesundheits- und Sozialbereich auch im Zuge der Europäischen Integration und aufgrund laufender Verfahren vor dem EuGH mit erheblichen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zu rechnen, die in vielen Fällen wohl eine Liberalisierung (PPP-Modelle, Ärzte-GmbH etc.) implizieren. Durch professionelle Führung von ExpertInnen können Chancen und Möglichkeiten zur betriebswirtschaftlichen Kosteneinsparung aufgedeckt werden. Das Schnittstellen-Management in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens funktioniert derzeit nur unzureichend. Ziel soll eine gemeinsame Steuerung und Kontrolle der verschiedenen Bereiche sein, um Kosteneinsparungen zu realisieren.

Ziel ist jedenfalls, die vorhandenen Finanzierungs- und Zusammenführungsmechanismen zu überwachen und laufend anzupassen, damit die derzeitigen Bemühungen um Solidarität zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen und Generationen aufrechterhalten oder intensiviert werden können, auch wenn es in den kommenden Jahrzehnten schwierig sein wird, ein finanzielles Gleichgewicht und eine nachhaltige Finanzpolitik zu erreichen bzw. beizubehalten.⁵¹

⁵⁰ Vgl. Prof. Dr. Doblhammer-Reiter, Gabriele/Ziegler, Uta/ Westphal, Christina: In: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, Artikel: „Gesundheit im Alter“ S. 37

⁵¹ Vgl. Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen 2010, S. 167ff

3. Aging Management

Bereits jetzt gibt es mehrere auf Aging-Management spezialisierte Studiengänge, deren Absolventen an der Schnittstelle zwischen Betriebswirtschaft und Gesundheitsökonomie tätig sein werden und die laufenden und zukünftigen Umstrukturierungen in der öffentlichen Gesundheitsökonomie aufgrund des grundlegenden Wissen im Aging Management und im Bereich E-Health mit besonderer Berücksichtigung der Gerontotechnologie beobachten und steuern werden.

Abgesehen von gesellschaftlichen, demografischen und sozialen Veränderungen werden ExpertInnen im Gesundheits- und Sozialwesen aufgrund der notwendigen Spezialisierung auf den öffentlichen Bereich zunehmend gebraucht. Die Betriebswirte und Manager müssen eine spezielle, auf den öffentlichen Sektor abgestimmte Ausbildung erhalten.

Während der Fokus der Betriebswirte in der Privatwirtschaft auf Gewinnmaximierung bzw. Optimierung des persönlichen Nutzens liegt, ist es die Aufgabe der Manager im öffentlichen Gesundheits- und Sozialsektor, den Nutzen für die Gesellschaft zu maximieren und ein zusätzliches Verständnis für Strukturen, Prozesse und Erfordernisse aller Stakeholder des Gesundheits- und Sozialsektors mitzubringen.

3.1 Notwendige Qualifikationen im Aging Management

Im Hinblick auf die derzeit angebotenen Studienangeboten umfasst der Kompetenzkatalog im Aging Management, Fach- und Methodenkompetenz auf Basis der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen sowie Sozial- und Selbstkompetenz bzw. fachübergreifende Schlüsselkompetenzen:

- Anwendungsorientiertes und grundlegendes Wissen der Betriebswirtschaft, des Rechnungswesen und des Controllings. Beherrschen der Instrumente und Tools des modernen Managements, Analyse von Unternehmensabläufen, -prozessen und -funktionen, betriebliche Kennzahlensysteme und deren Wechselwirkungen
- Identifikation von Fehlerquellen und initiieren von allfälligen Veränderungen.

- Gestalten von berufliche Tätigkeit, insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung, sowie Umsetzung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien.
- Kenntnis der im Sozial- und Gesundheitsbereich eingesetzten Systeme des elektronischen Datenmanagements und sowie Fähigkeit, das elektronische Datenmanagement mit geeigneten IT-Anwendungen sicher zu stellen.
- Soziale Kompetenzen, besonders in den Bereichen der Generationen- und Kultursorgfalt. Das Curriculum fußt auf eine Ethik-Charta, die professionell Gelegenheit zur Reflexion der eigenen beruflichen Position und Rolle im Zusammenspiel zwischen Klienten, Kunden oder Patienten ermöglicht.
- Erkennen der Zuständigkeit anderer Berufsgruppen und Schnittstellen innerhalb des geriatrisch und gerontologischen Netzwerkes
- Ausgeprägte Fähigkeit in interdisziplinären bzw. multiprofessionellen Teams zusammen zu arbeiten.
- Fundiertes Wissen über Strukturen, Prozesse und Erfordernisse des Gesundheitssektors, sowie Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und Förder- und Unterstützungssysteme sowie der essentiellen Grundlagen von Evaluierungs- Qualitätsmanagementsystemen des Gesundheitssektors und deren Einsatz besonders in Hinblick auf gerontologische und alternsspezifische Fragestellungen.
- Netzwerkfähigkeit in Bezug auf Pflege- und Betreuung spezialisierte Institutionen und Akteure.
- Verknüpfen der Wissenswelten der Betriebswirtschaft mit denen von Gesundheitsökonomie und Betreuungspraxis und fungieren als NahtstellenmanagerInnen, die in der Lage sind bei den laufenden und zukünftigen Umgestaltungen in den relevanten Bereichen zu agieren bzw. mitzuwirken.
- Grundlegendes Wissen über Notwendigkeiten und Bedarfe die Lebens- und Wohnraumgestaltung älterer und alternder Menschen betreffend inklusive psycho-sozialer und weiterer gerontologischer Aspekte.
- Entsprechendes Basiswissen der Geriatrie, wie typische Krankheitsverläufe und deren Auswirkungen auf eine sensible Umfeldgestaltung, ebenso wie über Prävention und Autonomieerhaltung.

- Kenntnis der Akteure des gerontologisch- geriatrischen Teams und die im Gesundheits- und Sozialbereich agierenden Institutionen und Organisationen setzen diese Kenntnis zum Wohle ihrer Klienten/Patienten.
- Besondere Kenntnisse im Bereich der Aging Sciences und der Bedarfe älterer und alternder Menschen

3.2 Berufliche Positionen und Funktionen im Aging Management

Diese neue Berufsgruppe Aging-Manager erfüllt eine Funktion an der Nahtstelle zwischen Mensch und Organisationen und Märkten im Bereich Aging Sciences und den Bedarf älterer und alternder Menschen. Qualifizierte Aging-Manager werden sehr rasch in Projektleitungs- und Managementpositionen eingesetzt werden oder in den genannten Bereichen eine ExpertInnenkarriere anstreben und umfassende strategische externe und interne Beratungsfunktionen innehaben. Zudem können sie auch freiberuflich tätig werden oder wenn sie dies bereits sind, in eigenen Unternehmungen zusätzliche Schwerpunkte ausbilden.

Aging-Manager können in vielfältigen Handlungsfeldern an der Schnittstelle von Mensch zu Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens mit Schwerpunkt Gerontologie wie auch zu Anbietern von E-Health tätig werden. Zu den klassischen Tätigkeitsfeldern zählen:

- Nahtstellenmanagement in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des öffentlichen, privaten und Nonprofit Bereichs des Gesundheitswesens.
- Experten- und Beratungstätigkeit im Bereich der öffentlichen Verwaltung im Rahmen der Gesundheitsökonomie.
- Experten- und Beratungstätigkeit im Bereich der Unternehmen des Medizin-, Pharmazie-, Hilfs- und Heilmittel- und IKT-Sektors.
- Experten- und Beratungstätigkeit im Bereich des Dienstleistungssektors für Versicherungen und die Tourismusbranche.

Der Bedarf an qualifizierten Aging-Managern ist derzeit schon gegeben und wird in den nächsten Jahren aufgrund des demografischen Wandels und seinen Auswirkungen, in folgenden Branchen und Sektoren signifikant ansteigen:

Gesundheits- und Sozialwesen

Kliniken, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des privaten und öffentlichen Gesundheitswesens; Private und öffentlichen und Non Profit- Organisationen mit Vorsorge, Präventions- und Betreuungsaufgaben; Öffentliche Verwaltung im Rahmen der Gesundheitsökonomie; Sozialversicherungen, Kassen, Wohnheime, Tageszentren, Nachbarschaftshilfezentren, Behinderteneinrichtungen, Selbsthilfegruppen.

Industrie, Produktion und Handel

Nationale und international ausgerichtete Unternehmen des Medizin- und Pharmazie- IKT-Sektors, sowie deren Zulieferunternehmen; Hilfs- und Heilmittelzusteller am Gesundheitsmarkt; Unternehmen des Bauwesens und deren Zulieferer.

Wissenschaft

Institutionen und Unternehmen in Forschung und Entwicklung

Dienstleistung

Beratungsunternehmen des Gesundheitssektors und verwandter Bereiche, wie Psychotherapeuten, Lebens- und Sozialberater, Diät- und Ernährungsberater, Mental- und Fitness-Trainer; nationale und internationale Versicherungsunternehmen.

Tourismus

Unternehmen im Pflege- Wellness- und Gesundheitstourismus.

Weiters nimmt die Fähigkeit, sich mit anderen Professionen und Einrichtungen zu vernetzen sowie mit anderen fachlichen SpezialistInnen interdisziplinär zusammenarbeiten zu können einen wachsenden Stellenwert ein. Die Bedeutung des „Case Managements“, d. h. die individuell abgestimmte Einzelbetreuung, steigt. Durch den zunehmenden Kostendruck im Sozialwesen spielen Betriebswirtschaftskenntnisse, Kosten- und Projektplanung, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Nachvollziehbarkeit gesetzter Maßnahmen, aber auch Fundraising eine immer wichtigere Rolle.

4. Zielgruppen der Ausbildung Aging Management

4.1 Zielgruppen - B2C

Zielgruppen sind grundsätzlich alle Personen, welche aufgrund ihrer formalen Zugangsberechtigung die Mehrheit der BewerberInnen darstellen. Für den geplanten Studiengang gibt es mehrere verschiedene Zielgruppen. Hierzu zählen in erster Linie bereits am Gesundheits- und Sozialmarkt berufstätige Personen.

4.1.1 Kernzielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige am Gesundheits- und Sozialmarkt, die eine akademische Ausbildung anstreben

Die Erwerbstätigenzahlen im Betrachtungszeitraum der letzten sechs Jahre sprechen für eine positive Beschäftigungsentwicklung des relevanten Wirtschaftszweiges Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem Zeitraum kam es in Österreich bei den unselbstständig Erwerbstätigen zu einem Beschäftigungszuwachs von 20,4 %, bei den Selbstständigen sogar von 26,2 %.

Gleichzeitig weist diese Wirtschaftsklasse bei den unselbstständig Erwerbstätigen einen AkademikerInnenanteil von rund 14 % (Selbstständige 56 %) und im Vergleich zu anderen Branchen ein hohes Qualifizierungsniveau der Beschäftigten auf, was in Verbindung mit dem Beschäftigungswachstum weiterhin auf einen entsprechenden Bedarf an qualifiziertem Personal schließen lässt.

4.1.2 Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige, welche methodische, konzeptionelle und praktische Fertigkeiten im Bereich „Aging“ benötigen, weil sie bislang in einem anderen Bereich tätig waren

Potenzielle InteressentInnen sind auch Personen, die im Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt sind bzw. sein möchten, aber ihre „Under-Grades“ in einem anderen Wirtschaftszweig als Gesundheits- und Sozialbereich absolviert haben und sich mehr spezielles Wissen aneignen, wodurch sie die Chancen für eine leitende Management-Position erhöhen. Es handelt sich hier zum Teil auch um „Spätberufenen, die unter Umständen eine persönliche Affinität zum Gesundheits- und Sozialwesen entdeckt haben und den Einstieg in einen neuen Bereich wagen möchten.

4.1.3 Zielgruppe – Unselbstständige Erwerbstätige, welche sich ev. Selbstständig machen wollen und/oder zusätzliche Schlüsselqualifikationen erwerben möchten

Die Zielgruppe umfasst alle Personen, die im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt waren und für ihre Selbstständigkeit ein spezifisches Know-how aneignen wollen. Ein Beispiel wäre ein Psychologe, der sich selbstständig machen und im Speziell die ältere Menschen als Klientel gewinnen möchte.

4.1.4 Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige, welche im gleichen Bereich beschäftigt sein wollen, aber nicht mehr „am“ sondern „mit“ und „für“ den Menschen arbeiten wollen

Diese Personen haben den Wunsch, nicht mehr „am“ sondern „für“ und „mit“ dem Menschen zu arbeiten und können aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung und der notwendigen Ausbildung in eine Management Position wechseln. Hier handelt es sich um Menschen, zwar im gleichen Bereich tätig sein wollen, aber eine Umqualifizierung anstreben.

Jetzt bereits im

- gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege,
- Pflegehilfe,
- gehobenen medizinischen technischen Dienst,
- medizinisch-technischer Fachdienst,
- Sanitätshilfsdienst

tätige Personen sind ebenfalls als Zielgruppe relevant.

4.1.5 Zielgruppe – Unselbstständige und selbstständig Erwerbstätige aus dem Wellness- und Seniorentourismus

Die Generation 50 plus gilt im Tourismus als neue und gewichtige Zielgruppe, für die eingeschränkte Mobilität nur bedingt zutrifft. Gesundheitserhaltung und -verbesserung sind für diese Zielgruppe wesentliche Bedürfnisse. Deshalb werden für diesen Sektor ExpertInnen (GesundheitsmanagerInnen, BeraterInnen, Health Consultants etc.) benötigt, welche die Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Freizeitwesen erkennen bzw. gesundheitsfördernde und gesundheitsberatende Dienstleistungsangebote sowie

touristische Angebote, insbesondere unter dem Aspekt des gesunden Alterns, entwickeln und organisieren können.

4.1.6 Eher keine Zielgruppe – MaturantInnen

MaturantInnen, können zwar auch als mögliche InteressentInnen postuliert werden, verfügen aber zur hohen Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt ihres Schulabschlusses nicht über die notwendigen, geforderten Berufserfahrung um ein berufsbegleitendes Studium zu beginnen und zählen daher eher nicht zur primär anzusprechenden Zielgruppe.

Diese Situation könnte sich aber im Fall der Einführung eines „freiwilligen Sozialjahres“ insofern ändern, als dann sehr wohl eine gewisse Praxis in Bereich von Fabrik Medien gesammelt werden und daher Berufs- und Management-Qualifikationen in diesem Bereich angestrebt werden könnten.

4.2 Zielgruppen - B2B

Mittelfristig erscheint es sinnvoll, nicht nur einzelne Interessenten, sondern auch die Firmen, Institutionen und Interessensgruppen anzusprechen, in deren Interesse eine fachspezifische Weiter- und Höherqualifikation von Mitarbeitern und Teammitgliedern liegt.

4.2.1 Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherungsträger, etc.

*Der Erneuerungsbedarf in der österreichischen Gesundheitsverwaltung wird seit vielen Jahren festgeschrieben und immer wieder neu beschlossen. Wiederholt wird ein verbessertes Nahtstellenmanagement, ein Ausbau des Qualitätswesens oder ein verstärkter Einsatz von Informationstechnologie gefordert.*⁵² Insbesondere im Nahtstellenmanagement sind Absolventen des neuen Studienganges der FernFH aufgrund ihrer spartenübergreifenden, interdisziplinären Ausbildung besonders qualifiziert.

- Bundesgesundheitsagentur / Bundesgesundheitsministerium
- Landesgesundheitsfonds
- Krankenanstaltengesellschaften

⁵² Vgl. Rechnungshof: Vorschläge des Rechnungshof zur Verwaltungsreform, Wien 2011, S. 162ff

- Sozialversicherungsträger, Gebietskrankenkassen

4.2.2 **Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des öffentlichen Bereichs des Gesundheitswesens**

Die **Gesundheit Österreich GmbH** wurde als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung 2006 errichtet. Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung werden hier zentral aufeinander abgestimmt, die Synergien des Holdingkonzepts kommen allen Beteiligten im österreichischen Gesundheitswesen zugute. Der Geschäftsbereich **Fonds gesundes Österreich (FGÖ)** ist die nationale Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Prävention.

*Als Dienstleister fördert der FGÖ Projekte, des weiteren entwickelt er Aktivitäten und Kampagnen, um gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten für möglichst viele Menschen in Österreich erreichbar zu machen. Das Fort- und Weiterbildungsprogramm des FGÖ ist auf Menschen zugeschnitten, die in der Gesundheitsförderung und Prävention und im Selbsthilfebereich tätig sind. Durch das **Stipendienprogramm für Public-Health-Lehrgänge** wird eine Weiterqualifizierung und Vernetzung von Expertinnen und Experten im Gesundheits- und Sozialsektor mit Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung unterstützt.*⁵³

4.2.3 **Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des privaten und Nonprofit Bereichs des Gesundheitswesens**

Der **Verband der Privatkrankenanstellen Österreichs** ist seit 1953 die Interessensvertretung für Rechtsträger privater Krankenanstellen. Seine Mitglieder sind über ganz Österreich verteilt und repräsentieren betreffend Lage, Ausstattung, Komfort, medizinischem Niveau, ärztlicher und pflegerischer Betreuung höchsten Standard und decken nahezu den gesamten Bereich der medizinischen Versorgung - vor allem aber der Akutversorgung - ab. Darüber hinaus werden auch vorbeugende und alternative Therapien angeboten.⁵⁴

⁵³ Vgl. Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/der-fonds>, (18.07.2013 14:20)

⁵⁴ Vgl. <http://www.privatkrankenanstellen.at/privatkrankenanstellen/wir-ueber-uns/wir-ueber-uns.php?navanchor=2110000>, (08.02.2013 15:12)

4.2.4 Im Gesundheits- und Seniorenbereich tätige Unternehmen

Ein Beispiel ist hier die **VAMED** - die führende europäische Unternehmensgruppe in der Planung, Errichtung und dem Management von komplexen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitstourismus. Im Leitbild der VAMED ist u.a. festgehalten:

*„Als international führendes Unternehmen im Bereich Gesundheitswesen sehen wir uns ihr ganzheitlich und vollkommen verpflichtet und [...] bringen auch umfassende Lösungen und Leistungen, vom Gesundheitstourismus und Prävention über die Behandlung, Pflege und Rehabilitation bis hin zur Seniorenbetreuung. [...] Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unsere Zukunft und die Quelle unseres Erfolges: Durch ihre Vielseitigkeit und Vielfalt prägen sie unsere Unternehmenskultur und bereichern sie durch offenen Dialog, unterschiedliche Kulturen und gegenseitige Wertschätzung. [...] Unsere vielseitigen Netzwerke, die Fähigkeit zu integriertem, kooperativem Denken und die Clusterbildung sind zentrale Denk- und Arbeitsweisen innerhalb des Gesundheitswesens.“*⁵⁵

Weitere potentielle Partner sind Groß- und Mittelbetriebe der Pharmazie, der Medizintechnik oder Gerontotechnologie.

4.2.5 Wellness- und Tourismusbranche

Hier treffen zwei der großen Wachstumsbranchen der Zukunft zusammen. Es ist die Gesundheitswirtschaft, die in der westlichen Welt als die Zukunftsbranche schlechthin gilt. Und es ist der Wirtschaftszweig Tourismus, der von der Globalisierung profitiert. Zwei Berufsfelder, die enorm an Bedeutung gewonnen haben und in den kommenden Jahren auch sicher noch eiter an Bedeutung zunehmen werden.

*Seit vielen Jahren ist der **Österreichische Heilbäder- und Kurortverband (ÖHKV)** mit seinen mehr als hundert Mitgliedern die größte gemeinsame Interessensvertretung von Heilbädern, Thermen, Kurorten, Kur- und Kneippbetrieben. Der Verband hat es sich zum Ziel gesetzt, die Vertretung der fachlichen, beruflichen, kulturellen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Interessen in Österreich und international, sowie die Förderung seiner Mitglieder zu übernehmen. Der Verband versucht darüber hinaus den Stellenwert der Kur im Gesundheitswesen und im*

⁵⁵ <http://www.vamed.com/index.php?id=8>, (20.04.2013 17:00)

*Tourismus permanent zu untermauern. Sowohl die Sozialversicherungskur als auch der private Gesundheitstourismus haben im österreichischen Gesundheitswesen schließlich seit Jahren einen hohen Stellenwert.*⁵⁶

⁵⁶ Vgl. <http://www.oehkv.at/Default.aspx?PageId=4>, (16.05.2013 12:10)

5. Ausbildungsangebote

International wird im Ausbildungsbereich dem „Aging Management“ bereits Rechnung getragen. International - und auch in Deutschland - existieren bereits mehrere universitäre Lehr- und Studiengänge zu den Themen „Aging Management“ und „Gerontotechnologie“.

In Österreich ist zwar derzeit noch kein konkretes Studienangebot zu diesem Thema akkreditiert, allerdings plant derzeit eine Institution (F. Porsche FernFH-Studiengänge) einen entsprechenden Studiengang.

5.1 Qualifikations- und Kompetenzprofile

AbsolventInnen eines „typischen“ Studienganges in „Aging Management“ sollen nach positiver Graduierung über ein Schnittstellen-Wissen verfügen, das die Thematiken der Betriebswirtschaft und die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialwesens ebenso abdeckt wie ein lösungsorientiertes Denken auf alter(n)sspezifische Fragestellungen. Ziel ist es, sie besonders auf die laufenden und zukünftigen Veränderungen am Gesundheits- und Sozialmarkt vorzubereiten und zu verantwortlichem, berufspraktischem Handeln zu befähigen.

Für das beschriebene Berufsfeld werden im allgemeinen folgende Qualifikationen im Bezug auf die zu erwartenden Anforderungen als wesentliche erachtet:

Hard-Skills - fachliche und methodische Fähigkeiten

- Verständnis für Wirtschaft und Zusammenhänge im Gesundheits- und Sozialsystem
- BWL-Grundwissen
- Projektmanagement-Skills
- Gute Rhetorik, ausgezeichnete Sprache in Wort und Schrift
- Ausgezeichnete MS Kenntnisse
- Konzeptplanung
- Technisches Verständnis
- Grundlagen des Managements und der Organisation („wer ist wofür zuständig“)
- Kostenrechnung und Erstellung eines Budgets und Businessplans
- Organisationsplanung (Logistik & Controlling)

- Ressourcenorientiert
- Benutzerzentrierte Design- und Entwicklungsmethoden
- Wissenschaftlich medizinische Auseinandersetzung mit dem Älterwerden
- Medizinisches und Pharmazeutisches Know-how
- Grundkenntnisse Rehabilitation und Pflege
- Know-how in der Gerontotechnologie und Medizintechnik

Soft-Skills

Im Soft-Skills Bereich sind folgende persönliche Fähigkeiten als relevant einzuschätzen

- Soziale Intelligenz
- Eigenständiges Arbeiten
- Vernetztes Denken
- Großes Organisationstalent
- Gute analytische und autodidaktische Fähigkeiten
- Sozial-kommunikative Kompetenz
- Führungskompetenz
- Konflikt- und Krisenmanagement
- Teambuilding
- Persönliches Zeitmanagement
- Selbstreflexion
- Kommunikationsmethoden im Besonderen mit alten Menschen
- Ergebnisorientiert
- Empathischer Zugang
- Innovationsgeist

Im Zusammenhang mit Selbstreflexion ist auch die unterstützende Wirkung in Bezug auf Konfliktmanagement relevant.

5.2 Aufbau eines „typischen“ Aging Management-Studiums

Die Basisausbildung umfasst meist die Module „Betriebswirtschaft“, „Public Health Management“ und „Management & Social Competence“. Die Module „Aging Management“ und „E-Health & Gerontotechnologie“ bauen als Vertiefungen in

höheren Semestern auf eine entsprechende Grundlagenausbildung auf. Die Studierenden haben somit die Möglichkeit, sich zu alter(n)sspezifischen Themenstellungen entweder technologiekonzentriert oder menschenzentriert weiterzubilden.

5.2.1 Betriebswirtschaft

Nach der Absolvierung des Moduls „Betriebswirtschaft“ verfügen die AbsolventInnen über grundlegendes und anwendungsorientiertes Wissen der Betriebswirtschaft, des Rechnungswesens und des Controllings. Sie kennen Instrumente und Tools des modernen Managements und können diese im Rahmen ihrer beruflichen Aufgabenerfüllung einsetzen. Sie sind in der Lage, Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen bei ihren Anforderungen an das Change Management zu unterstützen und kennen die Spezifika, die im Management von NPOs/NGOs wesentlich sind.

5.2.2 Public Health Management

Ein Modul „Public Health Management“ vermittelt Wissen über Strukturen, Prozesse und Erfordernisse des Gesundheitssektors, rechtliche Rahmenbedingungen, Förder- und Unterstützungssysteme sowie essentielle Grundlagen von Evaluierungs- und Qualitätsmanagementsystemen und ermöglicht ihnen auf alter(n)sspezifische Fragestellungen einzugehen.

5.2.3 Management & Social Competence

Eine besondere Fähigkeit, welche die StudentInnen im Modul „Management & Social Competence“ erwerben, liegt in ihrer Netzwerkkenntnis der auf Pflege und Betreuung spezialisierten Institutionen und Akteure, die sie zum Wohl der PatientInnen und KlientInnen aktivieren können. Zu den erworbenen Fähigkeiten zählen auch verschiedene Soft-Skills, wie z. B. Kommunikationsfähigkeit, Mediation, Führungs-, Team- und Konfliktmanagement. Die Kernkompetenz liegt in der Fähigkeit, die Wissenswelten der Betriebswirtschaft mit denen des Gesundheits- und Sozialwesens zu verknüpfen und als „Nahtstellen- ManagerInnen“ aufzutreten, um den laufenden und zukünftigen Veränderungen gerecht zu werden und in und zwischen den relevanten Bereichen zu vermitteln bzw. zu agieren.

5.2.4 Vertiefung „Aging Management“

Bei der gewählten Vertiefung „Aging Management“ beherrschen AbsolventInnen grundlegendes Wissen über Notwendigkeiten und Bedarfe älterer und alternder Menschen in Bezug auf die Lebens- und Wohnungsraumgestaltung mit besonderem Fokus auf psychosoziale und gerontologische Aspekte. Sie haben entsprechendes Basiswissen über Geriatrie (wie z. B. typische Krankheitsverläufe und deren Auswirkungen auf eine sensible Umfeldgestaltung) ebenso wie über Prävention und Autonomieerhaltung. Sie kennen die

Akteure des gerontologisch-geriatrischen Teams und die im Gesundheits- und Sozialbereich agierenden Institutionen und Organisationen. Diese Kenntnisse werden zum Wohle ihrer KlientInnen und PatientInnen eingesetzt. Sie können daher in diesen Bereichen Managementfunktionen übernehmen und besitzen besondere Kenntnisse im Bereich Aging Sciences und somit Wissen über die Bedarfe älterer und alternder Menschen.

5.2.5 Vertiefung „E-Health & Gerontotechnologie“

Mit der gewählten Vertiefung „E-Health & Gerontotechnologie“ verfügen die AbsolventInnen zusätzlich über fundiertes und anwenderspezifisches IKT-Wissen sowohl im medizinisch-administrativen als auch im medizinisch-technischen Bereich. Sie erwerben die Fähigkeit, in den vielfältigen Bereichen des Gesundheitswesens in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und technischen Verantwortlichen Projekte der Medizintechnik erfolgreich auszugestalten und durchzuführen und können als Vermittler zwischen MedizinerInnen, IT-EntwicklerInnen, KlientInnen und PatientInnen verstanden werden.

Die AbsolventInnen erwerben neben der allgemeinen Informatikkompetenz einerseits spezifisches Wissen im Bereich E-Health, womit man allgemein den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien beschreibt, um die allgemeine Gesundheit zu fördern, andererseits im Bereich Gerontotechnologie, worunter man die Anpassung von technologischen Produkten und Dienstleistungen an die Bedürfnisse alternder Menschen versteht. Dazu gehören alle Anwendungen, welche sich den spezifischen Bedürfnissen älterer Menschen widmen.

5.2.6 Zusammenfassung der Ausbildung

Zusammengefasst erwerben die AbsolventInnen Kenntnisse über individuelle und soziale Bedingungen des menschlichen Alter(n)s und dessen gesellschaftliche Organisationen, eine breite und vertiefte Methodenkompetenz sowie Wissen in der Informations- und Kommunikationstechnologie. Sie werden befähigt, Managementfunktionen der Betreuung älterer und alternder Menschen zu übernehmen und besitzen besondere IT-Kenntnisse im Bereich der „Aging Science“.

5.3 Studien(gänge) in Deutschland

5.3.1 Studienangebot „Gerontologie“ an deutschen Hochschulen

Im Bereich der Gerontologie bestehen in Deutschland folgende Studienangebote:

- | | | |
|-------------------------|-------------------|----------|
| • Uni Erlangen-Nürnberg | Bayern | Master |
| • Uni Heidelberg | Baden-Württemberg | Diplom |
| • HS Lausitz | Brandenburg | Master |
| • HS Vechta | Niedersachsen | Bachelor |
| • HS Vechta | Niedersachsen | Master |

Darüber hinaus gibt es noch einige andere Angebote in Deutschland, die Abschlüsse (Bachelor und Master) in Gerontologie anbieten, wobei diese allerdings oft in andere Studien integriert sind (zum Beispiel soziale Arbeit). Hier sind unter anderem die Fachhochschulen in Ludwigshafen, Mainz, Lausitz, Görlitz, Mannheim und Braunschweig zu nennen.

Die in Deutschland angebotenen Studiengänge (sowohl Bachelor als auch Master) zeigen allgemein den Trend in zur Schwerpunktsetzung „Aging“ bzw. „Gerontologie“.

Alles in allem weisen die Deutschen Studiengänge inhaltlich eine viel höhere Kohärenz als die in Österreich angebotenen Studiengänge auf. Die Kohärenz ergibt sich aus der gemeinsamen Thematik „Gerontologie“ bzw. „Aging“ basierend auf dem Konzept den demografischen Wandel als Chance und Türöffner für neue Berufsfelder zu sehen. Deutschland weist (noch) ein überschaubares Angebot an Studiengängen mit diesem Fokus auf, wobei immer mehr Universitäten mit Studiengängen auf den Markt drängen.

Lediglich das Studium an der Universität Vechta weist, abgesehen von der Organisationsform als Vollzeitstudium, eine sehr starke Kohärenz zum geplanten Studiengang „*Public Health & Aging Management*“ auf.

Ähnliche Zielsetzungen verfolgt auch die berufsbegleitenden angebotenen Seminare "Alternde Gesellschaft" der Ruhr-Universität Bochum und der TU Dortmund, die aber keinen akademischen Abschluss anbieten.

5.3.2 „Gerontologie“ an der Uni Vechta

Eine alterswissenschaftliche berufsqualifizierende Grundausbildung bietet insbesondere die Hochschule Vechta an. Der zuvor deutschlandweit einzige Diplom-Studiengang wurde 2006 durch ein sechssemestriges Bachelor-Programm ersetzt. Das Angebot wird durch einen forschungsorientierten Masterstudiengang Gerontologie ergänzt.

Der Bachelorstudiengang Gerontologie an der Universität Vechta hat das menschliche Altern und den damit einhergehenden gesellschaftlichen Wandel zum Gegenstand. Die junge Wissenschaft der Gerontologie thematisiert die gesellschaftlichen, organisatorischen und die individuellen Dimensionen des Alterns.

Das interdisziplinäre Studium der Gerontologie umfasst modularisierte Lehrveranstaltungen mit aktuellem Forschungs- und Praxisbezug verschiedener Studienbereiche:

- Empirie und Methodik
- Gesundheit und Pflege
- Politik und Recht
- Ökonomik
- Soziologie
- Demografie

Inhalte einzelner Module sind etwa Alternstheorien, Lebensverlaufsperspektiven, Lebenslagen und gesellschaftliche Integration, aber auch das Altern aus Sicht der Medizin und Pflege, Sterben und Tod, Generationenverhältnisse und -beziehungen, Wohnen im Alter, Non-Government-Organisationen, Sozialpolitik, Dienstleistungsmanagement und Altern im Betrieb.

Daneben bietet der Wahl- und Profilierungsbereich ein breites Angebot für eine interessenorientierte Vertiefung und zur persönlichen Profilbildung.

Studieninhalte

Der Bachelorstudiengang Gerontologie beinhaltet zudem ein Lehrforschungsprojekt, ein Praxisstudienprojekt und ein zehnwöchiges Praktikum. Der Studiengang ermöglicht einen Aufenthalt an einer anderen in- oder ausländischen Hochschule in der Regelstudienzeit (Mobilitätsfenster). Darüber hinaus besteht im Rahmen

des ERASMUS-Programmes eine Kooperation mit der Christelijke Hogeschool Windesheim in Zwolle (NL).

Das Studium der Gerontologie zielt auf die Vermittlung verschiedener Kompetenzen:

- Basiskompetenzen umfassen Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens, Forschungsmethoden, statistische Auswertungsverfahren und Wissenschaftstheorie.
- Fachwissenschaftliche Kompetenzen werden auf der Grundlage soziologischer, gesundheitswissenschaftlicher, ökonomischer und sozialpolitischer Ansätze gewonnen. Psychologische Studieninhalte sensibilisieren darüber hinaus für die individuellen Dimensionen des menschlichen Alterns.
- Soziale und individuelle Kompetenzen werden besonders in den gruppenorientierten Lehrforschungs- und Praxisstudienprojekten sowie im Praktikum vermittelt.
- Interkulturelle Kompetenzen können durch das englischsprachige Lehrangebot, Sprachkurse im Profilierungsbereich und den Austausch mit zahlreichen Partneruniversitäten, etwa in Tansania, den USA, Großbritannien oder China gestärkt werden.

Während des Studiums muss ein Praktikum von zehn Wochen Dauer absolviert werden.

Studienziele und Berufsfelder

Das innovative Konzept des Bachelorstudiengangs Gerontologie ist konsequent interdisziplinär und berufsfeldbezogen. Das Studium der Gerontologie ermöglicht so den Einstieg in alternsrelevante Berufsfelder und eröffnet zahlreiche berufliche Perspektiven:

- im Management von Altenhilfeeinrichtungen oder anderen Dienstleistungsunternehmen;
- in Seniorenberatungsstellen, der kommunalen Altenhilfeplanung oder der
- Alten- und Erwachsenenbildung;
- in Tätigkeitsfeldern der psychosozialen Unterstützung;
- in der Politik-, Organisations- und Unternehmensberatung;
- im Gesundheitswesen und bei Wohlfahrtsverbänden.

*Der Bachelorabschluss qualifiziert zudem für ein weiterführendes Masterstudium. Unmittelbarer Anknüpfungspunkt ist hier der Masterstudiengang Gerontologie an der Universität Vechta, der die Inhalte des Bachelorstudiums weiterführt und wissenschaftlich vertieft. Der interdisziplinäre BA Gerontologie kann selbstverständlich auch als Grundlage für Masterstudiengänge anderer Universitäten dienen und in Folge zur Promotion befähigen. Damit eröffnet der Bachelorabschluss ein ungewöhnlich breites Spektrum an beruflichen Möglichkeiten.*⁵⁷

5.3.3 „Dienstleistungsmanagement“ an der Uni Vechta

Seit diesem Jahr wird am Institut für Gerontologie der Uni Vechta ein neuer BA-Studiengang „Dienstleistungsmanagement“ mit dem Schwerpunkt „Soziale Dienstleistungen“ angeboten, der sich ganz konkret mit der Organisation des Alterns beschäftigt.

*„Der Studiengang bereitet durch die interdisziplinäre Vermittlung von Kenntnissen in Betriebswirtschafts-lehre und Management, Recht, Psychologie, Gerontologie und Sozialer Arbeit die Absolventinnen und Absolventen für Verwaltungstätigkeiten im mittleren Management in Einrichtungen konfessioneller, öffentlicher und freier Trägerschaft sowie bei privatwirtschaftlichen Anbietern sozialer Dienstleistungen vor.“*⁵⁸

5.3.4 Berufsbegleitende Weiterbildung "Alternde Gesellschaft" (ZudA)

Der Wissenschaftsverbund "Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns" (ZudA) hat eine aus vier Modulen bestehende, als berufsbegleitende Weiterbildung gedachte Seminarreihe "Alternde Gesellschaft" entwickelt, die von den Weiterbildungseinrichtungen der Ruhr-Universität Bochum und der Technischen Universität Dortmund seit März 2009 angeboten wird.

Der Wissenschaftsverbund ZudA

Im Wissenschaftsverbund "Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns" haben sich Lehrstühle der Ruhr-Universität Bochum und der Technischen Universität Dortmund zusammengeschlossen, um Lösungen für den demographischen Wandel

⁵⁷ Vgl. <http://www.uni-vechta.de/einrichtungen/wissenschaftliche-einrichtungen/institute-faecher/ifg/gerontologie/studium/ba-gerontologie/curriculum/>, (18.04.2013 18:20)

⁵⁸ <http://www.uni-vechta.de/einrichtungen/wissenschaftliche-einrichtungen/institute-faecher/ifg/gerontologie/studium/ba-dlm/berufsbild/?L=0>. (18.04.2013 18:25)

im Ruhrgebiet zu erarbeiten. Gefördert von der Stiftung Mercator in Essen, entwickelt Zuda unter anderem maßgeschneiderte Bildungsangebote für verschiedene Gruppen, etwa für Studierende, Doktoranden und Wissenschaftler (Symposien, Summer Schools, Graduate School). Mit der neuen Seminarreihe entsteht erstmals ein Angebot, das sich gezielt an Praktiker außerhalb von Hochschulen richtet.⁵⁹

Vom Wohnraum bis zur Seniorenwirtschaft

Allen Seminaren gemeinsam ist, dass sie altersbezogenes Know-how für die Arbeitsfelder vermitteln, die verstärkt mit Folgen des demographischen Wandels konfrontiert sind. Ziel ist es, auf anstehende Veränderungen und Herausforderungen vorzubereiten. Arbeit und Alter, Wohnraum für ältere Menschen, Seniorenwirtschaft und soziale Dienste für das Alter: Mit diesen vier Themen beschäftigen sich die Weiterbildungsseminare an den Universitäten in Bochum und Dortmund. In kompakten, jeweils drei- bis viertägigen Blöcken geht es beispielsweise um ältere Arbeitnehmer, Wohnraum und Wohnumfeld für ältere Menschen, um "demographiesensible" soziale Dienste sowie um die "Seniorenwirtschaft" - die noch unterschätzte Generation der über 50-Jährigen, deren Kaufkraft, Wünsche und Bedürfnisse.

Potenziale und Chancen nutzen

Experten aus Wissenschaft und Praxis vermitteln das nötige Know-how, etwa wenn es um die Frage geht, wie attraktive und preisgünstige Wohnungen für Ältere beschaffen sein müssen, wie Kommunen sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Marktliberalisierung wichtige Innovationspotenziale erschließen können und welche Chancen der Seniorenmarkt birgt. Die Seminare sind auf spezifische Zielgruppen aus Wirtschaft, Politik, Verwaltungen und Verbänden ausgerichtet und einzeln buchbar.

⁵⁹ Vgl. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zuda/>, (11.07.2013 12:20)

5.4 Bestehende Studien(gänge) in Österreich

Bisher existiert kein akkreditierter Studiengang „*Public Health & Aging Management*“ in Österreich, obwohl einige Fachhochschulen Studiengänge mit - allerdings nur entfernt - vergleichbaren Grundinhalten anbieten. Vor allem die *FH Kärnten* und *FH Oberösterreich* bieten einige Studiengänge im Bereich Gesundheit und Pflege an, die zum Teil auch berufsbegleitend besucht werden können.

FH Kärnten	BA	Gesundheits- und Pflegemanagement	Berufsbegl.
	BA	Gesundheits- und Pflegemanagement	Vollzeit
FH Krems	BA	Gesundheitsmanagement	Berufsbegl.
	BA	Gesundheitsmanagement	Vollzeit
FH Oberösterreich	BA	Prozessmanagement Gesundheit	Berufsbegl.
	BA	Sozial- und Verwaltungsmanagement (Sozialmanagement)	Berufsbegl.
	BA	Prozessmanagement Gesundheit	Vollzeit
FH Studiengänge Burgenland	BA	Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung	Vollzeit
MCI Management Tirol	BA	Nonprofit-, Sozial- & Gesundheitsmanagement	Vollzeit

5.4.1 Detailliertere Betrachtung der bestehenden Angebote in Österreich

Gesundheits- und Pflegemanagement	Nonprofit-, Sozial- & Gesundheitsmanagement	Gesundheitsmanagement	Sozial- und Verwaltungsmanagement
Berufsbegleitend	Vollzeit	Berufsbegleitend	Berufsbegleitend
Bachelor Studiengang	Bachelor Studiengang	Bachelor Studiengang	Bachelor Studiengang
FH Kärnten	MCI Management Center Innsbruck	FH Krems	FH Oberösterreich
Feldkirchen	Innsbruck	Campus Krems	Campus Linz
<i>Gesundheitswissenschaften</i>	<i>Gesundheitswissenschaften</i>	<i>Wirtschaftswissenschaften</i>	<i>Wirtschaftswissenschaften</i>
Im Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement werden die Studierenden optimal auf die steigenden Anforderungen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen vorbereitet. Neben der für die Übernahme von Führungs- und Managementaufgaben notwendigen Methoden- und der Fachkompetenz ist die Erlangung von Persönlichkeits- und Sozialkompetenz von zentralem Interesse. Der Theorie-Praxis-Transfer wird in Form von Berufspraktika besonders gefördert.	Dieser Studiengang verknüpft fachliche Aspekte des Gesundheits-, Sozial- und Nonprofit-Sektors mit politisch-ökonomischen, sozial-psychologischen, rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und managementbezogenen Inhalten. Der gesellschaftliche und globale Wandel zwingt Nonprofit-, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, sich auf rapide ändernden Bedarf und Probleme einzustellen und flexibel auf neue Anforderungen zu reagieren. Absolventen dieses Studienganges bringen dafür ideale Voraussetzungen mit.	Das Bachelorstudium Gesundheitsmanagement umfasst eine solide und umfangreiche, betriebswirtschaftliche Ausbildung mit einem klaren Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen und seine Einrichtungen. In diesem Bachelorstudiengang lernen man die betriebswirtschaftlichen Grundkonzeptionen und deren Bedeutung für die Anwendung im Gesundheitswesen kennen.	Das Sozialmanagement-Studium qualifiziert für Managementaufgaben im Bereich der Sozialwirtschaft. AbsolventInnen dieses Studienziugs arbeiten in Stabstellen sozialwirtschaftlicher Unternehmen, wo sie betriebliche Funktionen wie Personalmanagement und Personalentwicklung, Controlling, Organisation und Organisationsentwicklung, Ressourcenmanagement, Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Marketing, Kommunikation, , Produktentwicklung, Kontraktmanagement wahrnehmen.
Gesundheits- und Pflegemanagement Gesundheits- und Pflegewissenschaften Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen Gesundheitsrecht und Sozialpolitik Gesundheits- und Pflegeökonomie Wirtschaft und Führung	Nonprofitmanagement Sozialmanagement Gesundheitsmanagement Social Skills Ökonomie Politik Recht	Spezielle Betriebswirtschaftslehre für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen Spezielle Betriebswirtschaftslehre für Versicherungsunternehmen Spezielle Betriebswirtschaftslehre für pharmazeutische Unternehmen Case Studies im Gesundheitswesen	Allgemeine Grundlagen Rechtliche Grundlagen Soziale und persönliche Kompetenz Betriebswirtschaftslehre Management in der Sozialwirtschaft Controlling und Finanzmanagement Organisation und Personalmanagement
6 Semester	6 Semester	6 Semester	6 Semester
Studienplätze/Jahrgang: 24	k.A.	Studienplätze/Jahrgang: 25	Studienplätze/Jahrgang: 30

5.5 Geplanter Studiengang „Aging Management“ in Österreich

5.5.1 Ankündigung eines neuen Studienganges der F.Porsche FernFH

Von der „FFH Gesellschaft zur Erhaltung und Durchführung von Fachhochschul-Studiengängen mbH“, ein Tochterunternehmen der Humboldt Bildungsgesellschaft und der Fachhochschule Wiener Neustadt, mit Sitz in Wien (kurz FernFH) sein ist derzeit ein konkretes Studienangebot zum Thema „Aging Management“ in Planung und auch schon angekündigt.

Seit der Gründung im Jahr 2007 bietet die F. Porsche FernFH die Möglichkeit zur berufsbegleitenden akademischen Erstausbildung und ist die erste österreichische Fachhochschule, die auch mit dem FIBAA Qualitätssiegel ausgezeichnet wurde.

Der neue Bachelor-Studiengang „Public Health & Aging Management“ soll berufsbegleitend von den F.Porsche FernFH-Studiengängen als Fernstudium (nach Genehmigung durch die AQ - Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria) angeboten werden. Der Unterricht soll – wie bei den bereits bestehenden Studiengängen der F. Porsche FernFH auch – mittels Blended Learning in einer Kombination aus verpflichtenden Präsenzblöcken und betreuten Fernstudienzeiten erfolgen.

Es soll sich um ein fachübergreifendes Studium handeln, das sowohl Kompetenzen als auch umfangreiche Kenntnisse im Bereich Public Health und Aging Management vermittelt.

„Das Studium hat zum Ziel, Inhalte, Konzepte, Methoden und Instrumente anwendungsorientiert zu vermitteln und die AbsolventInnen auf aktuelle und zukünftige Aufgaben vertiefend in den Bereichen E-Health & Gerontotechnologie oder Aging Management vorzubereiten. Es werden all jene Kompetenzen vermittelt, die Bachelor- AbsolventInnen in die Lage versetzen eine Funktion an der Nahtstelle zwischen Mensch und Organisationen und Märkten im Bereich Aging Sciences und den Bedarf älterer und alternder Menschen zu erfüllen.“⁶⁰

Der Studiengang an der Schnittstelle zwischen Betriebswirtschaft und Gesundheitsökonomie wird die laufenden und zukünftigen Umstrukturierungen in der öffentlichen

⁶⁰ Vgl. <http://www.fernfh.at/studienrichtungen/public-health-aging-management/>. (26.04.2013 18:30)

Gesundheitsökonomie und vermittelt grundlegendes Wissen im Aging Management und im Bereich E-Health mit besonderer Berücksichtigung der Gerontotechnologie berücksichtigen.

5.5.2 Studienkonzept des Studienganges

Im Studienkonzept sind lt. Ankündigung folgende Module vorgesehen:

- **Wirtschaft/Volkswirtschaft/Betriebswirtschaft:**

Tools und Instrumente des Managements, Rechnungswesen, Kostenrechnung & Controlling; Projekt- und Prozessmanagement; Organisation und Organisationsentwicklung; NPO- Management.

- **Public Health Management:**

Strukturen, Prozesse und Erfordernisse des Gesundheits- und Sozialsektors, rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsökonomie; Förder- und Unterstützungssysteme im Gesundheits- und Sozialbereich; demographische und epidemiologische Grundlagen.

- **Management & Social Competence:**

Kommunikation- und Interventionskompetenz, Ethik, Mediation, Führung und Teammanagement, Leadership, Generationen- und Kulturenkompetenz.

- **E-Health und Gerontotechnologie:**

Grundlagen der IKT; spezifische E- Health-Anwendungen, Gerontotechnologie in der Wohn- und Lebensgestaltung; Ambient Assisted Living.

- **Aging Management:**

Alter(n)sspezifische Aspekte in Prähabilitation, Prävention, Ernährung und Geriatrie; Psychologie des Alter(n)s.

„Die Bereiche E-Health- und Gerontotechnologie und Aging Management sind aufbauend auf eine entsprechende Grundlagen-Ausbildung als Vertiefungen ab dem 3. Semester aufgebaut. Die Studierenden haben somit die Möglichkeit sich zu alter(n)sspezifischen Themenstellungen entweder technologiezentriert oder humanzentriert weiter zu entwickeln.“

5.5.3 Aktueller Status

Auf der Website der F. Porsche FernFH ist seit einigen Wochen folgende Information veröffentlicht; daraus ist zu schließen, dass dieser Studiengang frühestens zum Wintersemester 2014/15 angeboten werden wird:

„Die Geschäftsführung der Ferdinand Porsche FernFH wurde von der Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria) in Kenntnis gesetzt, dass der Studiengang Public Health & Aging Management in der eingereichten Form für das WS 2013/14 nicht bewilligt wird.

Auf Grund des hohen Interesses an diesem Studiengang und des bisher in Österreich fehlenden Studienangebots im Bereich Public Health & Aging Management haben wir uns entschlossen, das Studiengangsprofil zu schärfen und erneut einzureichen. Wir gehen davon aus, dass der Studiengang ab dem Wintersemester 2014/15 fixer Bestandteil unseres Angebots sein wird.

Das laufende Aufnahmeverfahren für das kommende Studienjahr wird auf Grund der aktuellen Entwicklung beendet.“⁶¹

⁶¹ <http://www.fernfh.at/studienrichtungen/public-health-aging-management/>. (18.07.2013 12:30)

6. Schlussfolgerungen

Die demografische Entwicklung, der Anstieg der Sozialausgaben, die Veränderung zu neuen sozialen und familiären Strukturen, die aus dem Berufsleben resultierenden Ansprüche und Anforderungen an das Altern, die steigenden Interessen der älteren Bevölkerung an Gesundheit Prävention und altersgerechte Konsum- und Technologiegüter, sind jene Faktoren, die die Zukunft eines „neuen Marktes“ beeinflussen und prägen. Aus diesem Grund müssen neue Berufe etabliert, definiert und qualitätsgesichert werden, um auf die demografische Veränderung und ihren Auswirkungen rechtzeitig reagieren zu können.

Personen, die in diesem Berufsfeld tätig sein werden, müssen ein spezielles Know-how sowie Antworten auf alter(n)sspezifische Fragen mitbringen. Sie müssen über Abläufe, Netzwerke, Finanzierungsmodelle und Probleme in diesem Bereich sowie Grundlagen des Gesundheits- und Sozialwesens in Österreich Bescheid wissen. Personen die die Fähigkeiten von vernetztem, ganzheitlichem Denken kombiniert mit Spezialwissen betreffend „Aging“ und „Aging Science“ erwerben, sind bestens für diese Herausforderung gewappnet.

Die Kernzielgruppe einer entsprechend vernetzten und übergreifenden akademischen Ausbildung definiert sich aus unselbstständigen und selbstständigen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialbereich, die eine akademische Ausbildung anstreben. Als weiter Zielgruppe werden unselbstständige Erwerber, die ihren beruflichen Werdegang in anderen Bereichen gestartet haben und in den Gesundheits- und Sozialbranche wechseln möchten sowie diplomierte Erwerbstätige in Gesundheits- und Sozialberufen.

Ein geplante Studiengang „Public Health & Aging Management“ würde ein in Österreich neuartiges Studium darstellen, welches es in dieser Form derzeit noch nicht gibt. Derzeit bestehen vier Bachelorstudiengänge sowie acht Masterstudiengänge an verschiedenen Fachhochschulen, welche nur teilweise vergleichbare Inhalte und Qualifikationen anbieten. Es gibt jedoch derzeit bei keinem Studiengang eine Spezialisierung auf „Aging“ bzw. „Gerontologie“.

In Deutschland bestehen bereits einige Studienangebote, wobei die Studiengänge des Institutes für Gerontologie an der Universität Vechta den gestellten Anforderungen am ehesten gerecht werden.

Anhang 1: Literaturverzeichnis

Literaturquellen:

- Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme, Weltgesundheitsorganisation ,Kopenhagen 2010
- Doblhammer-Reiter, Gabriele/Ziegler, Uta/ Westphal, Christina: In: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, Artikel: „Gesundheit im Alter“
- Dornmayr, Helmut: In: ibw-research brief, „Zukunftsmarkt Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe – Perspektiven und Probleme in Österreich“, Ausgabe Nr. 04 / [o.O.] 09/2003
- Gassmann/Oliver, Reepmeyer/Gerrit: Wachstumsmarkt Alter – Innovationen für die Zielgruppe 50+, München, Verlag: Hanser, 2006
- Jobchancen Studium: Fachhochschulstudiengänge, Ausgabe 2013/2014, S. 108
- Kirste, Thomas: In: Forschungsmagazin der Universität Rostock, „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, Artikel: „Modelle gelinden Alterns“
- Kruse, Andreas/Gassmann, Oliver/Reepmeyer, Gerrit: „Wachstumsmarkt Alter“, Hanser Verlag München, Wien 2006
- Market Institut, Marktforschungsinstitut, Urlaubsmotive der Zukunft – Wellness an Soulness, [o.O.]Oktober 2008
- Mollenkopf et al.: Enhancing Mobility in Later Live. IOS Press. Amsterdam 2005
- Mühlberger, Ulrike et al.: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, [o.O.] März 2008, S. 21.
- Nemeth, Claudia et al.: Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006, Gesundheit Österreich GmbH, Wien 2008
- Oberösterreich Tourismus: In: Mafo-News 07/06, Welche Trends werden den Tourismus der Zukunft prägen?, „Die jungen Alten“
- Peters, Freia/ Trentmann, Nina: Deutschland muss das Altern neu lernen, Die Welt, 05.11.2010
- Rechnungshof: Vorschläge des Rechnungshof zur Verwaltungsreform, Wien 2011
- Salzmann-Skirkbekk-Weiberg (Hrsg.), Wirtschaftspolitische Herausforderungen des demografischen Wandels, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010.
- Schaffenberger, Eva/ Pochobradsky, Elisabeth: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2004
- Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research ,Die demografische Herausforderung - Demographie Spezial, Frankfurt am Main 18.07.2013

- Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research, Aktuelle Themen, Demografie Spezial, Nr. 278, [o.O.]14.Juli 2003
- Schneider, Ulrike et al.: Die Kosten der Pflege in Österreich, Ausgabenstrukturen und Finanzierung aus Forschungsberichte, Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien 2006
- Statistik Austria: Sozialausgaben 1990 und Sozialausgaben 2008: „Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen 1980 bis 2008.
- Statistik Austria: Unselbständig Erwerbstätige (ILO) nach ÖNACE und Geschlecht 2011, Wien, 27.04.2012
- Statistik Austria: Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1981). Wien, 19.05.2010
- Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, [o.O.] 14.09.2012
- Stefanits, Johann; Mag Freitag, Roman: Bericht über die langfristige Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung für den Zeitraum 2010 bis 2060 Teil I, Wien 04/2012
- Steinbach, Günther: Die Gesellschaft und ihre soziale Verpflichtung. Sozialpolitik für das 21. Jahrhundert, Festschrift für Josef Hesoun, Wien 1995
- Strothotte, Thomas: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, [o.O.] Ausgabe 1/2008
- Vaupel, James W.: Ausblick auf eine alternde Gesellschaft, In: Forschungsmagazin der Universität Rostock „Traditio et Innovatio“, Ausgabe 1/2008, S. 37
- WIFO, Wien 03/2008, S. 67

Internetquellen:

- AMS-Qualifikations-Barometer:
<http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71>
- AMS-Qualifikations-Barometer:
http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=200&show_detail=1
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: http://www.genial-driv.de/DE/01_demographischer_wandel/01_wandel_in_deutschland/wandel_in_deutschland_node.html.
- Help.gv.at:
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360524.html>
- Hochschule für Heilpädagogik Zürich: <http://www.demenzsprache-hfh.ch/sprache-und-demenz/>
- Humboldt Fern FH: <http://www.fernfh.at/studienrichtungen/public-health-aging-management/>
- Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/der-fonds>

Leyen, Ursula von der/ Spidla, Vladimir: Eröffnung des europäischen Kongress
„Demografischer Wandel als Chance, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=98694.html>

Österreichische Heilbäder- und Kurorteverband:
<http://www.oehkv.at/Default.aspx?PagelId=4>

Privatkrankenanstalten:
<http://www.privatkrankenanstalten.at/privatkrankenanstalten/wir-ueber-uns/wir-ueber-uns.php?navanchor=2110000>

Schneider, Stefan: Die demografische Herausforderung,
<http://www.dbresearch.de/PROD/999/PROD00000000000044677.pdf>

Schneider, Stefan: Deutsche Bank Research ,Die demografische Herausforderung -
Demographie Spezial, Frankfurt am Main 18.07.2013

Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/

Tourismus Oberösterreich: http://www.oberoesterreich-tourismus.at/sixcms/media.php/2022/Gesundheitsurlaub-2015_131006.pdf

Universität Bochum: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zuda/>, 11.07.2013

Universität Vechta: <http://www.uni-vechta.de/einrichtungen/wissenschaftliche-einrichtungen/institute-faecher/ifg/gerontologie/studium/ba-dlm/berufsbild/?L=0>

Universität Vechta: <http://www.uni-vechta.de/einrichtungen/wissenschaftliche-einrichtungen/institute-faecher/ifg/gerontologie/studium/ba-gerontologie/curriculum/>

Vamed: <http://www.vamed.com/index.php?id=8>